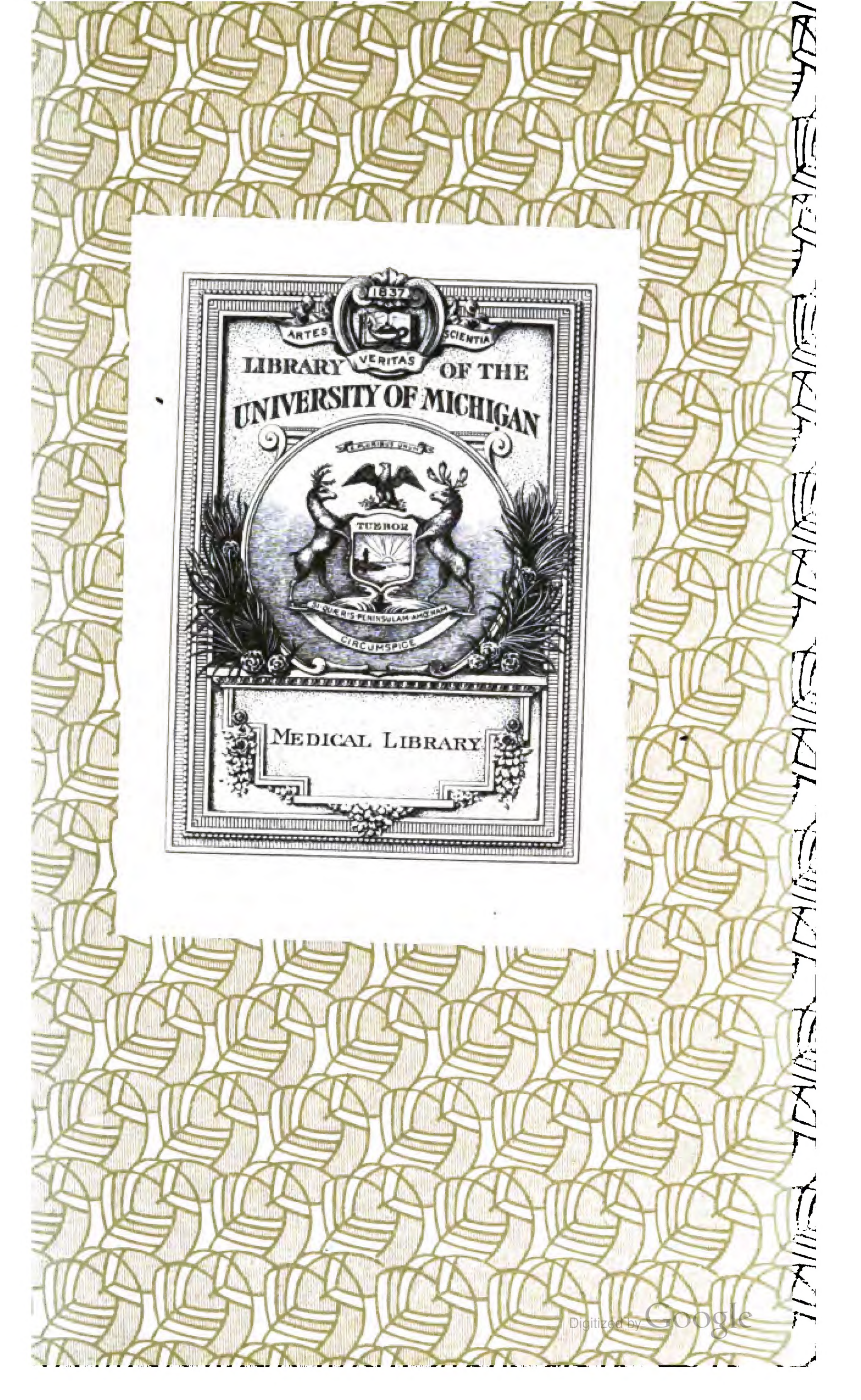
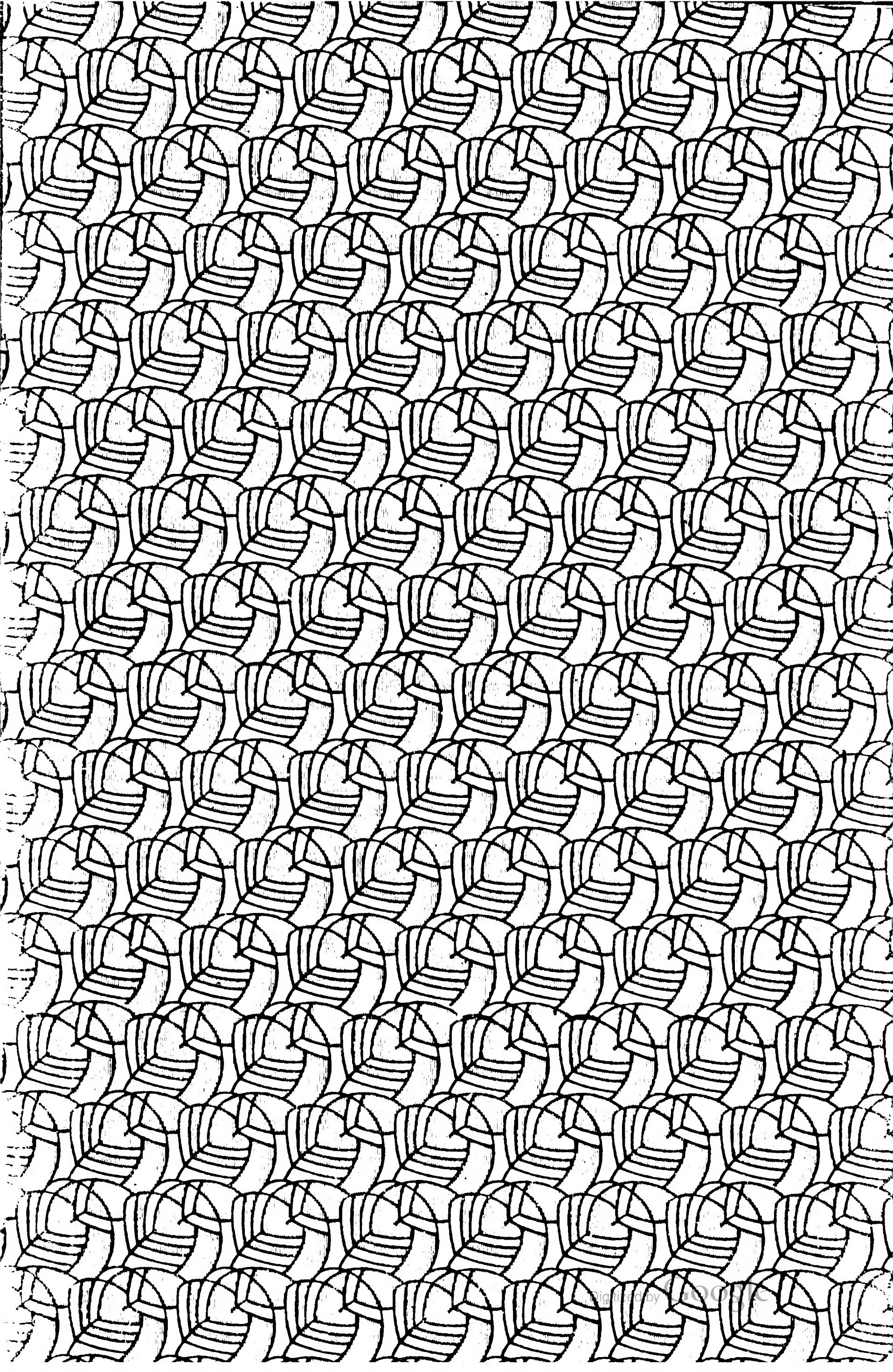



Excerpta medica
1906/1907.


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Sechzehnter Jahrgang 1906/1907.



CARL SALLMANN IN LEIPZIG

1907.

Verzeichniss der Stich- und Schlagworte*).

*) Hier bezeichnen die Zahlen die **Nummern** des Blattes, bei den übrigen Registern die Seiten.

Inhalts-Verzeichniss.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Bücherschau.

Namen-Verzeichniss.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 1.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau-Berlin.***
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Oktober XVI. Jahrgang 1906

Agrypnie. **Ueber Proponal** berichtet Dr. W. Wunderer (k. k. Psychiatr. Univ.-Klinik Wien), der das Mittel bei 41 sehr unruhigen Geisteskranken durch acht Wochen hindurch angewandt hat (Tabletten à 0,1 g). Eine Tablette wirkte gut bei leichter A., indem nach 1—2 Stunden ruhiger Schlaf eintrat. Dosen von 0,2—0,3 g wirkten besser und solche von 0,4—0,5 g sicher, auch bei recht unruhigen Kranken. Die mittleren Dosen von 0,2—0,4 g bewährten sich in den meisten Fällen von Dementia praecox, während bei Paralytikern 0,5 g gereicht werden mussten. Ueber die Dosis brauchte nicht hinausgegangen zu werden. Die Wirkung dieser grösseren Dosen machte sich meist schon nach 1/4 Stunde geltend. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet. Proponal ist als gutes, anscheinend gefahrloses Hypnoticum zu begrüssen, das aber leider noch zu theuer ist.

(Wiener med. Presse 1906 No. 22.)

— **Ueber Neuronal und Proponal** theilt Dr. C. Bumke (Psychiatrische Klinik Freiburg i. B.) seine Erfahrungen mit. *Neuronal* wurde bei 80 Pat. angewandt, und zwar zunächst als *Hypnoticum.* 1—1 1/2 g leisteten bei uncomplicirter A. gewöhnlich gute Dienste, während bei heftigeren Erregungszuständen nicht epileptischer Natur eine schlafmachende Wirkung durch diese Dosen mit Sicherheit nicht erzielt wird. Da störende Nebenwirkungen nicht beobachtet wurden, darf das Mittel bei der leichten, nicht durch Schmerzen oder stärkere psychische Erregung bedingten A. der Neurastheniker z. B. als brauchbares Schlafmittel wohl empfohlen

werden; allerdings unter dem Vorbehalte, dass manche Individuen auf dieses Medicament nicht reagiren. Höhere Dosen von 1½—2 g führten freilich in den allermeisten Fällen zum Ziele; sie wurden aber deshalb nicht oft angewandt, weil wir im Veronal und Proponal Hypnotica besitzen, die bei kleinerer Dosirung meist wirksam sind. Das Krankheitsmaterial war ja ein einseitiges, da es sich meist um Pat. mit recht starken nervösen Beschwerden handelte; die schweren Fälle von A. auf den psychiatrischen Abtheilungen aber werden nach des Autors Erfahrungen am sichersten und mit der geringsten Gefahr immer noch durch Paraldehyd bekämpft. Autor kann aber sagen, dass Neuronal überall da gegeben werden sollte, wo man bisher Brom als Schlafmittel gab, und da, wo bei leichter A. ein Abwechseln in der Medication erwünscht ist. Neuronal ist aber als *Sedativum* sehr brauchbar. Es hat sich namentlich bei epileptischen Erregungszuständen als solches bewährt, ebenso bei dauernder Anwendung bei Epileptikern. Dosen von 1½—2 g pro die bei ambulant behandelten und von 2—3 g bei klinisch behandelten Pat. genügten meist, um Bromgaben von 3—5 g zu ersetzen und die Anfälle ausserordentlich einzuschränken oder für lange Zeit ganz zu beseitigen. Das Auftreten störender Schläfrigkeit wurde dabei, wenn das Mittel allmählich zum Ersatz des Brom in die Behandlung eingeführt wurde, fast nie gesehen, zudem aber alle anderen unangenehmen Nebenwirkungen des Bromgebrauches vermisst. Alle Pat. hoben die Besserung des subjectiven Befindens hervor. Auch bei einzelnen Fällen von Chorea und Paralysis agitans übte Neuronal gleiche Wirkung aus. Es wurde auch das Brom in der Therapie der Neurasthenie durch das neue Mittel ersetzt, auch hier mit durchaus zufriedenstellendem Erfolge. Ueberall da, wo eine nervöse Ueberreizung sich durch Angstzustände, Erregung und A. äusserte, wurde mit 1—2 g Neuronal pro die gleiches Resultat erzielt, wie mit 2—3 g Brom. Ob das Mittel auch monate- bis jahrelang so weiter gegeben werden darf, ohne Schaden zu machen, darüber fehlt die Erfahrung. Vorübergehend kann aber Neuronal das Brom durchaus ersetzen, was, da gerade hier Abwechselung meist noth thut, recht erwünscht ist. Eine Combination von Neuronal 0,5 + Antifebrin 0,25 bewährte sich bei Kopfweh (Migräne, Arteriosklerose, Neurasthenie); Pyramidon scheint aber sicherer und prompter zu wirken. Mit *Proponal* wurden 60 Pat. behandelt; die meisten litten an functio-

nellen, einige an organischen Geistes- oder Nervenkrankheiten. Dosen unter 0,3 g waren unwirksam, dagegen wurden mit 0,3—0,5 g in der Mehrzahl der Fälle so prompte Erfolge erzielt, dass das Mittel dem Veronal gleichgestellt werden kann. Es entsprechen dabei etwa 0,3 g Proponal 1/2 g Veronal; die schlafmachende Wirkung scheint sich dann aber bei höher gewählten Dosen etwas schneller zu steigern, sodass Pat., die 1 g Veronal (oder 5—6 g Paraldehyd) zum Einschlafen gebrauchten, oft mit 0,5 g Proponal auskamen. Die Dauer des Schlafes, der durchschnittlich nach 15—20 Minuten eintrat, schwankte zwischen 3—8 Stunden. Sehr günstig war das Befinden der Pat. gewöhnlich am nächsten Morgen; Zustände von Benommenheit und Uebelbefinden kamen nur ganz ausnahmsweise vor, wenn die Ordination mehrere Abende hintereinander wiederholt worden war. Neben- und Nachwirkungen wurden sonst nie beobachtet; allerdings wurde das Mittel mit Vorsicht angewandt und nur Leuten gegeben, die von Seiten des Herzens, des Gefässsystems, der Lungen und des Verdauungsapparates keine Contraindication boten.

(Medicin. Klinik 1906 No. 27.)

— **Kurze Beiträge zur Wirkung des Viferrals** liefert Dr. C. Mackh (Diakonissenhaus zu Halle a. S.). Das Mittel wurde stets gern genommen. Es versagte, wenn starke Schmerzen vorhanden waren, und bei Temperaturen über 39°. Bei rheumatischen und neuralgischen Schmerzen wirkte Viferral sehr gut, wenn zwei Stunden vorher Aspirin verabreicht worden war. Im übrigen war die Wirkung des Viferrals allein, insbesondere bei der reinen nervösen A., ausnahmslos eine gute. Man kommt gewöhnlich mit 1 g zum Ziel; manchmal allerdings wirken erst 1 1/2 g. Schädliche Nebenwirkungen wurden nie beobachtet, auch waren die Pat. nach dem Erwachen stets frei von Benommenheit. **(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 31.)**

Alopecia. In einem Aufsatz über **die Verhütung und Bekämpfung der Kahlheit** betont Prof. O. Lassar (Berlin) vor allem, wie wichtig nach dieser Richtung hin die *Prophylaxe* ist. „Die Verhütung der Kahlheit besteht in der Vermeidung und der frühzeitigen Bekämpfung der Haarleiden.“ „Jedenfalls bildet das häufige Waschen, Seifen und Reiben des Kopfes die beste Vorbeuge gegen vorzeitige Kahlheit“. „Die gemeinsame Benutzung von fremden Kämmen und Bürsten ist thunlichst abzuschaffen“; „ähn-

liches sollte auch in Familien gelten." „Jedenfalls liegt die wesentlichste Unterlage für Abwehr und Verhütung der Kahlheit in Sorgfalt, Vorsicht und Pflege." Dies einige Stellen aus dem der Prophylaxe gewidmeten Abschnitt der Arbeit, in der auch die Frage nach der besten Haarpflege für Kinder wie folgt beantwortet wird: „Fortlassung aller nicht ganz indifferenten Substanzen; häufiges Seifen wie anderer Körpertheile auch; aseptische Reinhaltung von Kamm und Bürste (Sublimat, Kal. hypermang.); Bearbeitung nur mit eigenem Utensil (incl. Schere) mittels vorher gesäuberten Händen des bedienenden Personals." Lässt sich nun eine A. beeinflussen und heilen? Heilen lässt sich in erster Linie die A. areata in der überwiegenden Mehrheit aller frisch in Behandlung gelangenden Fälle. Die vom Autor vor 25 Jahren empfohlene Theersublimatcur hat sich immer wieder bewährt. Kahlheit freilich ist unheilbar. Sie ist das Zeichen für vollzogene Verödung und Vernichtung des Drüsenapparates, und keine ärztliche Macht kann hiergegen etwas ausrichten, ebenso wie bei den destructorischen Hauthaarkrankheiten. Um so dankbarer ist die Bekämpfung des Haarausfalls — ehe es zu spät ist. Je früher, um so besser, je länger die Behandlung, um so sicherer die Wirkung. Gelingt Sistirung des Ausfalls, so wachsen diejenigen Haare wieder weiter, die nicht vordem zu Grunde gegangen waren. Somit ist der Grad der Regeneration auch an den Grad des Uebels selbst gebunden. Deshalb die mit acuten Krankheiten einhergehenden Ausfälle prognostisch am meisten versprechend. Die zu gründlicher Vertilgung der proliferirenden Epithelauskleidung erforderliche Frist ist dann noch nicht abgelaufen. Bei längerem, jahrelangem Verlauf wird die Sache immer ungünstiger. Die nach Autor genannte „Lassar'sche Haarcur" pflegt sich fast stets zu bewähren, indem der gewöhnliche Haarausfall (A. furfuracea, pityrodes, sebacea, pruriginosa) gehemmt oder sistirt wird; es tritt Wiederwuchs ein, soweit dies noch möglich ist. Vorher schwinden Schuppenbildung und Juckempfindung, alle Degenerationssymptome (Dürre, Brüchigkeit, Spitzenspaltung etc.) gehen zurück. Die Technik der Cur besteht darin, dass täglich — später, mit Rückgang des Ausfalls, seltener — Einschäumung mit Seife und Wasser erfolgt, nachdem das Haar in zahlreiche Längsscheitel getheilt ist. Hernach laue und kühle Abspülung mittels Schlauch, Brause oder Kanne. Bewährt haben sich besonders Berger'sche Theer-, Schering's flüssige Theer- und

Krankenheiler Seifen; für blondes Frauenhaar eignet sich:

Rp. Kal. carbonic.
Natr. carbonic. āā 15,0
Sapon. domest. pulv. 70,0
Aqu. Rosar. 100,0.

Nach Abtrocknung mit warmen Tüchern, Luftstrom oder elektrischer Vorrichtung wird eine Benetzung vorgenommen mit:

Rp. Sol. Hydrarg. bichlorat. corr. 0,3—0,5 : 300,0
Eosino color. D. sub sign. venen.

Man kann etwas Glycerin oder Rosenwasser zusetzen, bei Jucken auch Carbol (2‰). Das Sublimatwasser verdunstet. Hierauf Frottirung bis zum Trockenwerden mittels

Rp. Thymol 0,5
Spir. vin. 200,0

oder:

Rp. β-Naphthol. 0,5
Alcoh. absol. 200,0

endlich leichte Bestreichung mit:

Rp. Acid. salicyl. 1,0
Tinct. benz. 2,0
Ol. provinc.
(s. Vasel. amer. flav.) ad 50,0
adde
Ol. Bergamott. gtt. XV.

Bei A. areata oder sonst in hartnäckigen Fällen wird mit Nutzen zu Anfang der Procedur Theerliniment aufgetragen und nach zehn Minuten mit der Seife wieder entfernt. Empfehlenswerth ferner nächtliche Einfettung mit 10%igem Terpentinöl-Lanolin oder einer Carbolschwefelpomade:

Rp. Acid. carbolic. 1,0
Sulfur. sublim. 10,0
Ol. Bergam. gtt. XV.
Bals. peruv. 2,0
Lanolin. anhydr. ad 50,0
(mit Wasser zu verdünnen).

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 27.)

Arthritis urica. **Der therapeutische Werth des Citarins zur Behandlung der Gicht** wird von Dr. Ed. Weiss (Pistyan) sehr hoch eingeschätzt. Namentlich die Schmerzen beim acuten Anfall werden von keinem Mittel so prompt beseitigt, wie vom Citarin; schon innerhalb weniger Stunden pflegen die heftigsten Schmerzen zu weichen, und nach 1—3 Tagen sind sie vollständig geschwunden, wobei Autor ganz bedeutend vermehrte Diurese beobachtete. Je heftiger die acuten Erscheinungen, desto häufiger und in desto grösseren Dosen gab Autor das Mittel (3—5 mal je 2 g); meist konnte am nächsten Tage schon die Dosis reducirt werden und am 4.—5. Tage brauchte nur 3—4 mal am Tage je 1 g gegeben zu werden. In chronischen Fällen ist ja der Effect weniger auffällig, doch ist auch hier der Gebrauch von Citarin (monatlich eine Woche hindurch) empfehlenswerth.

(Die Heilkunde, Juli 1906.)

— **Gichtische Augenleiden** hat Dr. Wolffberg (Breslau) mehrfach beobachtet; jetzt zwei Fälle von *Linsentrübung* (in einem Falle äquatoriale und radiäre Trübungen, im anderen hintere Poltrübung) und einen Fall von *Lidknorpelschwellung*, die er „Pseudochalazien“ nennen möchte, multiple, chalazionähnliche, etwa erbsengrosse, von normaler Haut bedeckte, leicht verschiebliche, bei Berührung sehr empfindliche Auftreibungen der Lidknorpel beider Augen bei im übrigen typischer chronischer Gicht. In allen drei Fällen sowie in sechs Fällen anderer gichtischer Augenleiden (Iritis, Scleritis, Episcleritis) sah Autor recht günstigen Erfolg, sowohl was das Allgemeinleiden als auch die Augenaffektionen betrifft, von *Solurol* (3 mal täglich eine Tablette); nach 2—3-wöchentlichem Gebrauch des Mittels trat die heilende Wirkung zu Tage.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 23. August 1906.)

Diabetes. **Ueber Kartoffelspeisen für D. und Adipositas** schreibt Dr. W. Sternberg (Berlin): „Aus Kartoffeln, denen man das Kartoffelmehl zum allergrössten Theil entzogen hat, lassen sich mannigfache Gerichte zubereiten, welche den Kartoffelgeschmack besitzen und sich durch vortrefflichen Wohlgeschmack auszeichnen, sodass diese Kartoffelspeisen von Zuckerkranken und Fettsüchtigen sehr gern genommen werden. Sie haben ausserdem den Vorzug, dass sie ausserordentlich sättigen, wenn sie auch nicht nähren. Beides ist nun oftmals erwünscht;

denn andernfalls ereignet sich selbst bei Entfettungskuren, dass der Fettsüchtige das Schmerzgefühl des Hungers empfindet und trotzdem noch zunimmt oder wenigstens nicht abnimmt. Wenn man abgeschälte, rohe Kartoffeln durch ein Reibeisen in ein Wasser enthaltendes Gefäss reibt, so setzt sich allmählich das Kartoffelmehl unten ab. Je länger die Masse im Wasser bleibt, desto mehr setzt sich das Mehl zu Boden, sodass sich nach einer Zeit das feine, weisse, griffige Mehl von der darüber befindlichen Fasermasse abscheidet. Auf dem Lande machen sich die Leute auf diesem Wege das Kartoffelmehl selbst, während sie den Rückstand zu Viehfutter verwenden. Presst man nun die ganze obere Masse ohne das unten abgesetzte Mehl durch ein Seihtuch gut durch, so geht auch das feine Mehl, das sich noch in der Fasermasse befindet, mit dem Wasser durch die Poren durch und kann wiederum zu besonderen Speisen verwandt werden. Die Fasermasse hingegen bleibt, zum allergrössten Theil vom Mehl befreit, auf dem Koliertuch zurück. Wenn man diesen Brei gut ausgepresst hat, sodass er ganz trocken ist, so lassen sich mehrere schmackhafte Gerichte von Kartoffelgeschmack daraus bereiten.

1. Wenn man den so hergerichteten Kartoffelbrei mit Eigelb und Salz vermischt hat, kann man runde Eierkuchen davon formen, die man in Schweineschmalz backen lässt, jedoch nicht zu rasch, damit die Erdäpfel innen nicht roh bleiben. Nach Geschmack kann man auch etwas gerösteten Speck und Zwiebel mit Kümmel unter die Masse mengen. Wie mit Eigelb kann man die Masse auch mit geschlagenem Eiweiss, mit Schnee oder mit Eigelb und mit Schnee verrühren, auch mit Fleisch und mit Ei. Auf andere Weise kann man den ausgepressten Brei mit etwas Buttermilch zu einem weicheren Teig verrühren, Salz nach Geschmack dazu geben, alsdann in knappem Fett, Butter oder Palmin nach Art der Eierkuchen oder Kartoffelpuffer auf der Pfanne backen. Auch kann man den Brei mit geronnener Milch und Käse behandeln, wie das im Elsass mit den ganzen Kartoffeln üblich ist, und so zum Gericht zubereiten. Auch kann man den Kartoffelpuffer mit Süssstoff versetzen und mit Früchten reichen. Die gewöhnlichen Erdäpfel-Reibekuchen oder -Pfannen, -Puffer werden folgendermaassen bereitet: Man schält mehlige Kartoffeln, wäscht und reibt sie roh auf einem Reibeisen und drückt sie sogleich recht gut aus, bis sie ganz trocken sind. Zu einem gehäuften Suppenteller voll

solcher Kartoffeln nimmt man zwei Kochlöffel Mehl, sechs Eidotter, Salz und einige Löffel fetten, sauren Rahm, verrührt alles zu einem dicken Brei, mischt den geschlagenen Schnee der sechs Eiweiss darunter und bäckt daraus mit Schweineschmalz dünne Eierkuchen. Auf dieselbe Weise kann man auch, etwa für leichtere Fälle, einen gehäuften Teller voll von dem ausgedrückten Brei mit sechs Dottern, 4—5 Löffeln saurem Rahme, zwei Löffeln Mehl und Salzwasser vermischen, diese Masse dann löffelweise mit Rind- oder Schweineschmalz in einer eisernen Pfanne auf gelindem Feuer zu kleinen Kuchen backen, welche auf beiden Seiten dann gelbbraun werden.

2. Ebenso kann man auch Kartoffelklösse aus dem Brei formen und sie verschiedenen Speisen zufügen. Die ausgepresste Masse wird mit etwas heissem Wasser oder Magermilch zu einem mässig weichen Teig gerührt, diesem Salz nach Geschmack und 4—5 Eigelb zugegeben. Aus dem Teig formt man alsdann mittelgrosse Klösse, welche in heissem Salzwasser eine Viertelstunde aufkochen müssen. Auch zu diesen Klössen lässt sich sehr gut eine Zutat von Käse verwenden. Man nimmt zu dem Brei von etwa zehn Kartoffeln drei ganze Eier, Salz, Muskat ohne Butter und lässt erst auf dem Feuer abbrennen, d. h. abrühren, bis zum dicken Brei auf heisser Platte. Dann rührt man das Ganze auf kaltem Wege, um es zu Klössen abzustecken, d. h. mit dem Löffel zu Klössen zu formen. Wenn man diese Masse in kochendes Wasser fügt, bilden sich Klösse. Diese kann man auch durchschneiden und die Hälften nochmals besonders in Butter backen. Ebenso kann man sie in heissem Fett gleich backen oder alsdann ebenfalls halbiren und nochmals in Butter backen. Auf diese Weise dringt die Butter sehr gut ein, sodass diese Kartoffelspeise einen sehr angenehmen Buttergeschmack hat. Man kann aus diesem Brei auch Croquettes bereiten. Rührt man den Brei erst auf dem Feuer mit Butter, sodass er vom Löffel lässt, wälzt nun den Brei in Eiweiss und in Panierbrösel oder statt dessen in Käse, wirft die Croquettes dann in eine heisse Friture und lässt sie dort recht lange kochen, so erhält man Croquettes von vortrefflichem Wohlgeschmack, die einen herrlichen Ersatz für Kartoffeln bilden. Im Voigtlande werden als ein beliebtes Nationalgericht folgende ähnliche Speisen bereitet. Der Kartoffelbrei wird in kochender Milch oder Wasser mit einem Zusatz von Gries verkocht. Nach Zusatz von Eiern und Salz und wenig Mehl verarbeitet

man das Ganze zu einem Teig und formt mittelgrosse Klösse daraus, welche man in heissem Salzwasser eine Viertelstunde lang weich kochen lässt. Diese Kartoffelspeisen sind deshalb empfehlenswerth, weil sie wenig Kohlehydrate enthalten, den Kartoffelgeschmack besitzen, nach dem manche Zuckerkranke und Fettleibige ausserordentlich verlangen, ferner es leicht ermöglichen, andere Nahrungsmittel, gegen die Widerwille besteht, besonders Fett, leicht einzuführen, schliesslich, weil sie sehr gut sättigen. Der verhältnissmässig grössere Gehalt an Zellulose kann dabei noch die Resorbierbarkeit der Kohlehydrate herabsetzen. Dazu kommt, dass die Darreichung von Kartoffeln neuerdings von Mossé bei Diabetes empfohlen wird. In zwei Fällen war der Erfolg deutlich. In einem hatte der Ersatz des Brotes durch Kartoffeln sowohl die Zuckerausscheidung durch den Harn als auch den Allgemeinzustand beim Diabetes mit rapidem Verlauf (Pancreasdiabetes) günstig beeinflusst. Im zweiten Falle wurde nach längerem Ersatze des Brotes durch tägliche Darreichung von 1200—1500 g Kartoffeln bei einem arthritischen Diabetiker ein ausgezeichnetes Resultat erzielt. Derartige Kartoffelspeisen dürften demnach gewiss für Diabetiker, noch mehr für Adipositas empfehlenswerth sein."

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 27.)

— **D. und Pneumonie** ist eine Arbeit von Dr. K. Glaessner (k. k. Rudolfspital in Wien) betitelt, in der ein sehr interessanter Fall von Diabetes beschrieben wird. Es machte sich nämlich hier ein mächtiger Einfluss einer intercurrenten Pneumonie auf den bestehenden D. geltend, und zwar kein vorübergehender, sondern bisher (drei Monate Beobachtungszeit) ein dauernder. Vor dem Auftreten der Infectionskrankheit schied die Pat. trotz möglichst kohlehydratfreier Kost über 130 g Zucker pro die aus; es war also ein ziemlich schwerer Fall von D. vorliegend. Das Eintreten der Pneumonie änderte mit einem Schlage das Bild; die Harnmenge wurde geringer, die Zuckerausscheidung ebenfalls, Aceton verschwand, der Zucker blieb dauernd verschwunden, tritt nicht einmal nach einer Gabe von 100 g Traubenzucker mehr auf. Ueber die Ursachen, welche bei diesem merkwürdigen Einfluss einer acuten Infectionskrankheit auf den Diabetikerstoffwechsel maassgebend sein können, lässt sich vorläufig nichts Bestimmtes aussagen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 29.)

— Einen **Beitrag zur Auffassung des D. insipidus und zu seiner Behandlung mit Strychnin** liefert Dr. J. Spaether (St. Vincenz-Hospital Duisburg). 48jähriger Arbeiter wird am 23. X. 04 Abends soporös eingeliefert; war bewusstlos auf der Strasse aufgefunden worden. Pat. soporös, wälzte sich hin und her, murmelte unzusammenhängende Worte. Am Hinterkopf eine etwa 8 cm lange Wunde. Kein Butaustritt aus Mund, Nase, Auge, Ohr. Puls langsam, voll, regelmässig. Athmung gleichmässig, nicht beschleunigt. Lungen, Abdomen normal. Patellarreflexe schwach auszulösen. Pupillen mittelweit, gleich. träge reagierend. Kein Alkoholgeruch, kein Zungenbiss, keine Anzeichen von Lues, kein Fieber. Diagnose: Commotio cerebri. In diesem Zustand blieb Pat. einige Tage. Urin nicht vermehrt, frei von Eiweiss und Zucker, Das Bewusstsein kehrte dann öfters auf einige Zeit zurück, Pat. klagte über heftige Kopfschmerzen. Jetzt Vermehrung des Urins, 10—14 L. pro die. Es traten starke Bronchitis und Erysipel des Gesichts und Kopfes hinzu. Die Harnmenge wuchs noch, als das Fieber aufhörte und das Bewusstsein wiederkehrte. Weder Eiweiss, noch Zucker; specif. Gewicht 1002—1007. Nach Abheilung des Erysipels wurde zuerst rechtsseitige Parese des unteren Facialisgebietes constatirt. Grosse Schwäche im rechten Arm und Bein. Reflexe beiderseits schwach auszulösen, elektrische Erregbarkeit erhalten, Sensibilität nicht gestört, Romberg positiv. Flimmern vor dem Auge, Thränenträufeln rechts; rechts konnte Pat. sehr wenig sehen. Normale Papille, normaler Augenhintergrund. Pat. will rechts fast nichts mehr hören (objectiv alles normal), will nichts mehr riechen. Speichelfluss. Sprache schwerfällig, schleppend. Pat. ist bis zu seiner Verletzung, die er sich wahrscheinlich durch Fall nach Straucheln zugezogen hat, gesund und ein nüchterner, fleissiger Arbeiter gewesen. Er blieb noch kurze Zeit im Spital. Die Bronchitis schwand, Urinmenge ging auf sechs Liter zurück. Grosses Durstgefühl, Benommenheit des Kopfes, Schwächegefühl (namentlich rechts) bestanden fort. Wurde entlassen und versuchte zu arbeiten. Langsamer Rückgang der Pareseerscheinungen, der Amblyopie und Hypacusis. Anosmie blieb, ebenso Polyurie und vermehrter Durst. Nach Angabe der Angehörigen änderte sich des Pat. Charakter: er war jetzt reizbar, jähzornig, neigte zu Trunk. Wiederaufnahme Anfang Februar 1905. An Stelle der Pareseerscheinungen jetzt im Gebiete des unteren Facialis-

rechts leichte Contracturen. Sehen und Hören gut. Pupillen- und Patellarreflexe jetzt leicht auszulösen, letztere sogar gesteigert. Schwindel, Benommenheit, Thränenträufeln, Schwächegefühl, viel Durst und Urin. Harnmenge 3700—4000 ccm. Versuch mit Strychnininjectionen, zunächst jeden zweiten Tag 0,001 bis 0,002 Strychnin. nitric. In den ersten drei Tagen kein Erfolg. Am vierten Tage, nach der zweiten Injection, Urin 2700 ccm. Jetzt täglich Injection derselben Dosis. Harn 2500—2000 ccm. Zwölf Injectionen. Am 17. III. 05 Entlassung. — Also ein Fall von D. insipidus mit cerebralen Erscheinungen, entstanden nach einem Trauma auf den Kopf. Vorher keinerlei Krankheitserscheinungen. Schon Commotio cerebri kann Polyurie bedingen. Dass es sich aber in obigem Falle nicht um ein blosses Symptom der Commotio cerebri gehandelt haben kann, geht daraus hervor, dass die Erscheinungen des D. insipidus erst nach Abklingen der Symptome der Gehirnerschütterung mit dem wiederkehrenden Bewusstsein auftraten. Beachtenswerth ist ferner, dass erst auf der Höhe der Polyurie die cerebralen Herderscheinungen (Parese des Facialis etc.) in ihrem vollen Umfange bemerkt wurden, und dass das Abklingen der beiderseitigen Erscheinungen zeitlich zusammenfällt. An einem Zusammenhang zwischen dem D. insipidus und den cerebralen Herderscheinungen ist somit nicht zu zweifeln. Beide sind auf das Kopftrauma zurückzuführen. Dass es sich bei diesen Herderscheinungen um grössere Blutungen gehandelt habe, ist nicht wohl anzunehmen, weil dann wohl sogleich Lähmungserscheinungen aufgetreten wären. Es handelte sich wahrscheinlich zunächst um Circulationsstörungen im Cerebrum infolge der Erschütterung und des damit veränderten Blutdrucks und in der Folge dann um kleinere Haemorrhagien, vielleicht auch um einen degenerativen Zerfall von Nervenfasern und Ganglienzellen. Was die Localisation dieser Herderkrankungen anbetrifft, so weisen die Parese des unteren Facialisgebietes und die Bradylalie auf die Medulla oblongata. Auch die hochgradige Erschöpfbarkeit in Armen und Beinen wäre als bulbäre Myasthenie aufzufassen. Die Salivation, der Thränenfluss sprechen ebenfalls dafür. Die Störungen des Gehör- und Gesichtssinnes ist Autor geneigt auf Veränderung im Cortex (Gehör- und Gesichtssphäre) zurückzuführen. Da nun die von der Med. oblong. ausgehenden Symptome zeitlich und in ihrer Intensität mit dem D. coincidirten, so liegt

es nahe, eine Schädigung in der Med. oblong. als Ursache für den D. anzunehmen, und zwar durch das Kopftrauma ausgelöste Circulationsstörungen daselbst, denen leichte Haemorrhagien und degenerative Vorgänge in Ganglienzellen und Nervenfasern daselbst folgten. In der Med. oblong. liegt das vasomotorische Nierencentrum, dessen Verletzung Polyurie zur Folge hat (Cl. Bernard). Jede Verletzung (Lähmung) der vasomotorischen (sympathischen) Leitungsbahn vom Centrum in der Med. oblong. bis zu den Nieren hat Polyurie zur Folge (Landois); es sind auch beim D. insipidus Degenerationen der sympathischen Leitungsbahn gefunden worden. Die nahen Beziehungen des D. insipidus zum vasomotorischen Nervensystem der Niere liegen überhaupt auf der Hand. Für den Zusammenhang der Affection mit dem Nervensystem spricht auch das häufige hereditäre Vorkommen, ihr oft plötzliches Auftreten, manchmal nach psychischen Affecten, ferner ihre oft beobachtete Coincidenz mit anderen Neurosen, ferner endlich die nahen Beziehungen zu organischen Affectionen des Gehirns und der sympathischen Leitungsbahn. Man kann den D. insipidus heute auffassen als eine central oder peripher hervorgerufene, organisch oder functionell bedingte Paralyse (Parese) einer bestimmten Bahn des Sympathicus, der Nierenvasomotoren, die eine Erhöhung des Blutdruckes im Gebiet der Vas. aff. und der Glomeruli zur Folge hat, — als eine Polyuria sympathico-paralytica. Strychnin hilft nun in manchen Fällen bei dem Leiden. Strychnin steigert, abgesehen von der Reflexerregbarkeit der motorischen Ganglien des Rückenmarks, die Erregbarkeit der Centra der Gefässnerven, besonders der im geschwächten, paretischen oder paralytischen Zustande befindlichen Centra, vorausgesetzt, dass keine grobe organische Störung vorliegt. A priori lässt sich daher von der Strychninwirkung bei diesem Leiden sagen, dass sie dann eintreten kann, wenn das Leiden auf functioneller Basis beruht oder wenigstens nur leichte anatomische Veränderungen, wie in obigem Falle angenommen, vorliegen. Handelt es sich um ein Leiden auf schwerer organischer Basis, so ist von Strychnin nichts zu erwarten. Bei der Strychninwirkung spielt wohl Erregung und Anregung des im erschlafften resp. gelähmten Zustande befindlichen Centrums der Nierenvasomotoren die Hauptrolle. Für die Praxis kann man sich am besten an den Satz von Binz halten: „Wenn der betreffende

Fall sich für die Anwendung eignet, so beginnt die Besserung nach den ersten Einspritzungen."

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 30.)

Ekzem. **Bromotan, ein neues Mittel gegen Juckreiz, nässende Ekzeme etc.** empfiehlt H. Rockstroh (St. Josephshospital Wiesbaden). Das von der Firma Dr. Voswinkel, Berlin W. 57) hergestellte Präparat, ein Einwirkungsproduct von Formaldehyd auf Bromtannin und Harnstoff, Bromtannin-Methylen-Harnstoff, ein feines, gelbbraunes, geruchloses Pulver, hat sich speciell bei nässendem E. bestens bewährt, wobei es vor allem zunächst den Juckreiz rasch beseitigte. Man verordnet:

Rp. Bromotan 10,0
Talc.
Zinc. oxyd. $\overline{aa}$ 45,0
M. f. pulv.

(Therap. Monatshefte, April 1906.)

— **Ueber Lippen- resp. Mundwasser-Ekzeme** theilt Dr. Galewsky (Dresden) seine an 16 Fällen gemachten Erfahrungen mit. Stets handelte es sich um ein mehr oder weniger schuppendes E. der Mundöffnung, Kinn, Ober- und Unterlippe; Mundwinkel bis hinab in die Labiomentalfalten erkrankt, Haut geröthet und schuppend, in den Mundwinkeln zahlreiche Rhagaden, Lippenroth gespannt, schuppend, mit Rhagaden besetzt, schmerzhaft, oft Oberlippe stark geschwollen und bei jeder Bewegung schmerzhaft, — ein typisches, auf den ersten Blick die Diagnose sicherndes Bild. Es sind dies die reinen Mundekzeme, wie sie auf einer stark empfindlichen Haut durch den Gebrauch der Mundwässer entstehen können. Ganz besonders empfindlich sind Pat. mit allgemeinem seborrhoischem Status und solche mit allgemeiner ekzematöser Diathese. Das E. heilt nach Weglassen des reizenden Agens rasch ab unter einer milden Salbe. Als solche hat sich dem Autor am besten gewährt:

Rp. Zinc. oxyd.
Bismuth. subnitr. $\overline{aa}$ 1,0
Ung. simpl.
Ung. len. $\overline{aa}$ 10,0
(zum Schluss Zusatz von
Liq. carbon. deterg. 0,5—1,0).

Es waren sehr verschiedene Zahnwässer, Pasten etc., welche solche Ekzeme bereiteten. In den meisten (Sanitol,

Odol, Stomatol, Kosmin, Kosmodont, Bergmann'sche Zahnpasta etc.) sind Ol. Menth. und andere Oele (Nelkenöl!) enthalten, die reizend wirken. Ein Mundwasser enthielt eine stark hautreizende Arnikatinctur, ein anderes Terpineol, auch Formaldehyd (Sanitol, Kosmin), das Dermatitis bewirken kann, endlich Seifenspiritus u. s. w. Versuche ergaben, dass bei vielen Pat. das E. aufhörte, sowie das Pfefferminzöl wegblieb. Aber auch andere Oele, vor allem die Terpene, scheinen recht reizend zu wirken. Empfindliche Personen müssen vor dem Gebrauch aller solcher Präparate gewarnt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 28.)

Fracturen und Luxationen. **Ueber einen Fall von bitemporaler Hemianopsie nach Kopftrauma** berichtet Dr. H. Reuchlin (Universitäts-Augenklinik Erlangen). Die Fälle, wo im Anschluss an eine Kopfverletzung, infolge einer durch das Trauma hervorgerufenen Schädelbasisfractur, das Sehorgan mitbetroffen wurde, sind nicht allzuselten beobachtet worden. Die Schädigung pflegt mit Vorliebe die Stelle der Chiasma nervi optic. zu treffen, und es entsteht ein Krankheitsbild, das durch die Eigenart seiner Erscheinung ebenso interessant wie durch die dauernd nachtheiligen Folgen auf die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen wichtig ist. Autor teilt nun folgenden Fall mit: 39jähriger Handwerker wird am 21. Januar 1905 durch einen schweren abspringenden Gegenstand an den Kopf getroffen und fällt bewusstlos nieder. Auf dem behaarten Kopf schräg verlaufende, ca. 8 cm lange Quetschwunde, welche den Knochen freilegt; von der Wunde aus verläuft bis zur Nasenwurzel eine wulstige Schwellung (sagittalwärts); im Knochen eine entsprechende Furche. Beide Augenlider, sowie die Augapfelbindehaut blutunterlaufen. Pat. delirirte dann und war erst nach drei Wochen wieder klar. Klagte da über Schwindel, heftigen Kopfschmerz und Beeinträchtigung des Sehvermögens. Am 3. April begann er wieder zu arbeiten. Im Juli 1905 Nachuntersuchung. Zeitweilig heftiger Kopfschmerz, Neigung zu Schwindelanfällen, Schlaflosigkeit, Beeinträchtigung des Sehvermögens; Narbe auf dem Kopf fast verwachsen; die sagittal zur Nasenwurzel ziehende Furche im Knochen deutlich fühlbar; Herabsetzung des Sehvermögens auf die Hälfte der Norm, Accommodationsschwäche, träge Pupillarreaction (Gesichtsfelduntersuchung nicht vorgenommen!). Rente von 50% gewährt. Im März 1906 wurde Pat.

behufs event. Herabsetzung der Rente der Klinik überwiesen. Augen äusserlich vollständig intact, Bewegungen nach allen Seiten leicht ausführbar. Sehvermögen beiderseits für die Ferne 6/7,5 der Norm; feinste Druckschrift wird in nächster Nähe zögernd gelesen. Gesichtsfelduntersuchung ergiebt, dass beiderseits die äusseren Hälften fehlen; Begrenzung zwischen nasaler und temporaler Hälfte nicht scharf in der Mittellinie, sondern rechts ein wenig nach aussen oben, links am Fixirpunkt und nach unten von ihm etwas in die äussere Hälfte hinüberragend. In beiden nasalen Hälften Grenzen für Weiss und Farben normal. Verhalten der Pupillen höchst bemerkenswerth. Bei Belichtung nur der äusseren Netzhauthälften prompte directe und consensuelle Pupillenreaction, bei Belichten der inneren Hälften keine oder nur ganz minimale Verengerung der Pupillen (hemianopische Pupillarreaction). Die Diagnose war damit klargestellt: es handelte sich um eine *Durchreissung des Chiasma nerv. optic. in sagittaler Richtung in Folge einer Fractur der Schädelbasis*, welche durch den Sulcus opticus des Keilbeinkörpers verlaufend angenommen wurde, und die gekreuzten Nervenfasern durchtrennt hat. Der Verlauf der Sehnervenfasern im Chiasma ist so, dass im mittleren Theile und ventralwärts nur gekreuzte Fasern sich finden, während die ungekreuzten den lateralen Theil einnehmen und dorsalwärts liegen. Die gekreuzten Fasern sind daher bei einer auf den Keilbeinkörper sich erstreckenden Fractur der Schädelbasis leicht Verletzungen ausgesetzt, indem entweder, wie wohl meistens, eine directe Zerreissung (in sagittaler Richtung) erfolgt, oder aber durch callöse Massen ein Druck ausgeübt werden kann. In obigem Falle ist wohl eine nahezu vollständige Zerreissung des Chiasmas anzunehmen, da der Ausfall der äusseren Gesichtsfeldhälften ein fast völliger war. Solche Fälle zeigen, von welch hohem Werthe eine ophthalmoskopische Untersuchung und Aufnahme eines Gesichtsfeldes bei Kopfverletzungen ist. Es lässt sich leicht denken, dass eine geringfügigere Laesion einen weniger ausgesprochenen Befund ergeben würde, im Sinne von nur partiellen hemianopischen Defecten, deren Nachweis schwieriger wäre. Aber jeder derartige Befund giebt uns im Wirrsal subjectiver Klagen die objective Grundlage sicherer Beurtheilung der Verhältnisse. Ungeschickte Pat. mit unpräcisen Angaben, die ihre übrigen Beschwerden, wie Schwindel und Kopfweh, leidenschaftlicher betonen wie die Sehstörung, verfallen bei sonst negativem Befunde

leicht dem Verdacht der Uebertreibung und Simulation. Die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Unfalls von Seiten der Augen wurde mit 20—25% veranschlagt.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, Mai 1906)

— **Ueber eine typische Verletzung der Chauffeure** berichtet Oberarzt Dr. R. Mühsam (Berlin, Städt. Krankenhaus Moabit). Es wurden schon mehrfach Fälle von Fracturen des unteren Radiusendes beobachtet, welche Chauffeure sich beim Ankurbeln des Motors zugezogen hatten. Beim Andrehen des Motors fasst der Chauffeur, indem er sich gerade oder schräg vor die Kurbel stellt, diese mit der rechten Hand und dreht sie so lange kräftig an, bis die Maschine selbstständig arbeitet. Tritt nun aber die Zündung im Motor zu früh ein, so wird die Kurbel zurückgeschlagen, und dieses starke Zurückschlagen ist die Ursache der Verletzung, die auch Autor zweimal beobachten konnte. Man kann da den directen und den indirecten Bruch unterscheiden. Lässt der Chauffeur beim Rückstoss die Kurbel los und zieht den Arm nicht schnell genug zurück, so wird sie den Vorderarm treffen und unter Umständen, wenn die Gewalt des Rückstosses gross genug ist, fracturiren; je nach Art des Aufschlagens der Kurbel kann es dann zum Bruch des Radius und wohl auch beider Vorderarmknochen kommen. Anders, wenn der Chauffeur die Kurbel festhält. In diesem Falle sind die Wirkungen des Rückschlages verschieden, je nach der Stelle, an welcher sich die Kurbel mit der sie drehenden Hand befindet. Schlägt die Kurbel bei der Abwärtsbewegung (rechts von dem vor ihr stehenden Manne aus gesehen) zurück, so trifft sie die Handfläche der hyperextendirten und stark dorsalflectirten Hand mit grosser Gewalt. Der Vorderarm macht in diesem Augenblick eine heftige Abwärtsbewegung und das Resultat des Zusammentreffens der beiden entgegengesetzten Gewalteinwirkungen ist eine Fractur mit Dislocation (zweiter Fall des Autors). Befindet sich die Kurbel aber unten und etwas links, so reisst sie die Hand mit sich, indem sie sie etwas dorsalflectirt, und es entsteht ein Abriss der Spitze des Radius (erster Fall). Die Schwere der Verletzungen ist also abhängig von der Art des Mechanismus. Denn schlägt die Kurbel auf die in stärkster Abwärtsbewegung befindliche Hand, so sind die aufeinander treffenden Gewalten stärker, und wird die Dislocation eine grössere sein, als wenn sie die Hand am

untersten Punkte ihres Kreises mitreisst, in einem Augenblick, wo fast gar keine Muskelarbeit des andrehenden Mannes geleistet wird. So sind die Verschiedenheiten dieses durch den gleichen Mechanismus bedingten Bruches zu erklären; in dem einen Falle starke Dislocation, erhebliche Beschwerden, in dem anderen ganz leichte Erscheinungen, wie eben bei einer gewöhnlichen Abrissfractur der Radiusspitze ohne Dislocation. Jedenfalls sind die Automobilfahrer auf die Möglichkeit des Zurückschnellens der Kurbel aufmerksam zu machen und anzuhalten, dass sie die Kurbel dann loslassen und die Hand zurückziehen.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 11. Juni 1906. — Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 28.)

Fremdkörper. Ueber **F. in der Harnröhre** lässt sich Primararzt Dr. J. Bogdanik (St. Lazarus-Spital in Krakau) aus. Diese F. müssen meist mit Urethralzangen extrahirt werden. Wenn sie aber voluminös sind und eine kugelige, zarte Oberfläche haben, werden sie von der Zange nicht gefasst. In einem solchen Falle hat dem Autor vor einigen Jahren ein langgestielter Ohrlöffel vorzügliche Dienste geleistet. Der Fall betraf einen 24jährigen Soldaten. Tief in der Harnröhre war an der Pars membranacea ein fest eingekeilter Fremdkörper zu fühlen. Er liess sich weder vorwärts schieben, noch konnte Autor ihn mit den verschiedenen Urethralzangen von der Stelle bewegen. Autor führte nun in die Harnröhre einen grossen langgestielten Ohrlöffel ein, fixirte mit den Fingern der linken Hand den Fremdkörper in der Harnröhre, um einem Zurückgleiten vorzubeugen, dann schob er den Ohrlöffel bis über den Fremdkörper und zog nun langsam den Ohrlöffel mit dem Fremdkörper heraus, wobei er ihn mit den Fingern der linken Hand nach vorwärts geleitete. Der auf diese Weise extrahirte Fremdkörper war ein fisolenförmiger Blasenstein von 18 mm Länge und 9 mm im Durchmesser mit rauher Oberfläche. Von da an hat Autor stets so einen langgestielten Ohrlöffel angewendet, ohne vorher die Extraction mit Urethralzangen zu versuchen. Mitunter blieb aber der Löffel mit dem Fremdkörper in der schiffförmigen Grube (Fossa navicularis) stecken. In diesem Falle machte Autor in der Eichel einen kleinen Einschnitt nach hinten, worauf die Herausbeförderung leicht gelang. Ein starker Zug darf jedoch nicht ausgeübt werden, weil man sonst die Schleimhaut der Harnröhre auf einer grossen Strecke aufreissen würde. In diesem Falle empfiehlt es

sich, die Extraction auf blutigem Wege vorzunehmen. In die Haut auf der hinteren Fläche des Gliedes wird etwas Cocainlösung eingespritzt und dann ein kleiner Längsschnitt bis auf den Fremdkörper geführt, worauf er leicht nach aussen befördert wird. Die Wunde in der Harnröhre wird nun durch eine Etagennaht geschlossen, am besten über einer in die Harnröhre eingeführten Bougie. Anders benehmen müssen wir uns, wenn lange, spitze Gegenstände, z. B. Nadeln, mit dem stumpfen Ende voran in die Harnröhre eingeführt wurden, was bei Onanie oder in böswilliger Absicht vorkommt. Wenn sich die Spitze der Nadel durch eine in die Harnröhre eingeführte Zange leicht fassen lässt, ist die Extraction einfach. Wenn jedoch das Fassen nicht gelingt oder die gefasste Nadel mit der Spitze in die Harnröhre eindringt, müssen wir vor Allem ein Tiefergleiten des Fremdkörpers verhüten, indem wir mit den Fingern die Harnröhre hinter demselben zusammendrücken. Dann wird das Glied mit den Fingern der anderen Hand über dem Fremdkörper fest zusammengedrückt, bis seine Spitze aus der Haut heraustritt. Nun wird die Spitze mit einer Zange gefasst, die Nadel vorgezogen und dann mit dem stumpfen Ende zur Mündung der Harnröhre gewendet und so lange vorgeschoben, bis das Ende zur Mündung herausschaut, worauf die Nadel herausbefördert wird. (Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 6.)

— Ein interessanter Fall von **F. im Mastdarm** wird von Dr. C. Voigt (Holzwickede) publicirt. Am 14. Mai 1905 erscheint ein 77jähr. Mann mit der Angabe, er habe in der Nacht vom 12. zum 13. Mai in der Trunkenheit, um Stuhl zu erzielen, sich einen Kegel in den After eingeführt und ihn nicht wieder herausbringen können. Bei der Rectaluntersuchung stiess Autor 3 cm hinter dem Schliessmuskel auf das Fussende des Kegels; es gelang, dieses mit Daumen und Zeigefinger zu fassen und herauszuziehen. Gewisse Schwierigkeiten bereitete noch die Entwickelung des nachfolgenden Kegelkopfes, um welchen sich der Darm fest zusammengezogen hatte. Die Maasse des Kegels waren: Länge 18,5 cm, Durchmesser des Kopfes 4 cm, Umfang der stärksten Stelle 13,25 cm; Gewicht 80 g. Auffallend leicht liess sich die Analöffnung soweit dehnen, dass Autor das 3,25 cm Durchmesser haltende Fussende des Kegels mit gespreiztem Zeigefinger und Daumen fassen konnte. Diese Nachgiebigkeit ist wohl nicht nur auf die durch das hohe Alter des Pat.

bedingte Schlaffheit des Schliessmuskels zurückzuführen, sondern macht es wahrscheinlich, dass Pat. schon öfter ähnliche Manipulationen vorgenommen hat, vielleicht aus sexuellen Motiven. Behauptet doch Tardieu geradezu, dass das Vorhandensein grosser F. im Rectum als Zeichen passiver Paederastie zu betrachten sei, und Nussbaum schreibt: „Onanisten (und Freudenmädchen) erzählen, dass sie die erwünschte Steigerung des Reizes oft durch Einschieben grosser Gegenstände in den Mastdarm erzielen. Die Wirkung dieser Gegenstände beruht zweifellos in der erzeugten venösen Stauung. Ich fand in solchen Situationen schon Haarkämme, Taschenmesser und vieles andere“. Thatsächlich sind in der Litteratur die mannigfachsten Gegenstände als F. im Mastdarm verzeichnet. Das Vorkommen solcher F. hat auch nicht selten Veranlassung zu Fehldiagnosen gegeben. Man versäume daher bei unklaren Symptomen der Blasen-Mastdarmsphäre nie die rectale Untersuchung. (Medicin. Klinik 1906 No. 31.)

Furunkel. **Ueber eine von einem F. herrührende Metastase in der Iris** berichtete Fr. Schanz. Es handelte sich um einen Pat., welcher einen F. in der rechten Schläfe gehabt hat. Dieser wurde incidirt. Es entwickelte sich aber trotzdem ein subfascialer Abscess. Dieser senkte sich bis an das Schlüsselbein. Dort wurde er nochmals geöffnet. Beide Wunden heilten, aber vor dem Ohr kam es zu einer nochmaligen Ablenkung des Eiters. Von hier aus entstand eine eitrige Metastase in der Iris des Auges auf der anderen Seite. Diese Metastase erzeugte eine Furunkelbildung in der Iris. Der Furunkel platzte, ein Theil des Eiters entleerte sich in die vordere Kammer. Bei der Eröffnung der Kammer entleerte sich nur ein Theil desselben, durch Irrigation löste sich der andere in einem Klumpen und liess sich als solcher aus der vorderen Kammer entfernen. Nach Entfernung dieses Eiterstockes wurde die Kammer mit kolloidaler Silberlösung ausgespült. Die Entzündungserscheinungen gingen bald zurück. Der Pat. bekam in wenig Wochen ein reizfreies Auge mit guter Sehschärfe. — Eine derartige metastatische Entzündung der Iris ist bis jetzt nirgends beschrieben. Interesse hat der Fall, weil es möglich war, aus der Metastase dieselben Bakterien zu züchten wie aus dem primären Herd. Interesse bietet ferner das ganz eigenartige Krankheitsbild der Irisaffection, da die von einem Furunkel verschleppten Bakterien in der Iris wieder eine Affection

erzeugt haben, die ganz unter dem Bilde der Furunkelbildung verlaufen ist. Interesse dürfte der Fall auch noch beanspruchen wegen der Art der Behandlung, welche darin bestand, dass die vordere Augenkammer mit kolloidaler Silberlösung ausgespült wurde. Der Fall zeigt, dass man dieses auf Bakterien ausserordentlich entwicklungshemmend wirkende Mittel in das Augeninnere einführen kann, ohne dass das Gewebe des Auges geschädigt und vorhandene Entzündungserscheinungen gesteigert werden. Autor verwendet es seitdem vielfach bei inficirten Augenaffectionen und ist überzeugt, dass ihm dieses Mittel dabei gute Dienste geleistet hat.

(Gesellschaft f. Natur- u., Heilkunde in Dresden 10. März 1906. — Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 25.)

— **Ueber Hefebehandlung bei Hautkrankheiten** theilt Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) seine Erfahrungen mit, die sich auf 60 Fälle beziehen. Zur Anwendung gelangte das *Furonkuline* der Firma La Zyma (Clarens-Montreux), ein grauweisses Pulver, welches Anfangs täglich zu drei Theelöffeln (kurz vor den Mahlzeiten) gegeben wurde, allmählich bis zu 3—4 Esslöffeln. Nie unangenehme Nebenerscheinungen. Anwendung im wesentlichen bei F. und *Akne*. Dabei keine äussere Therapie. Meist Regelung des vorher retardirten Stuhlganges durch das Mittel und günstige Beeinflussung der genannten Leiden. Bei Akne wurde öfters im Urin Indican gefunden, das während der Behandlung verschwand; es wurde eben durch das Präparat die Verdauungsthätigkeit geregelt, Furonkuline wirkte als Darmdesinficiens. Analog lagen die Verhältnisse bei der Furunculose. Natürlich blieben manche Fälle unbeeinflusst; ist doch die Aetiologie sehr verschieden, und muss z. B. bei auf Chlorose beruhender Akne die Chlorose behandelt werden. — Autor möchte vorschlagen, auch bei *chron. Ekzem* und *Urticaria*, die ja oft erst durch eine Behandlung des gleichzeitig bestehenden chron. Magendarmkatarrhs zur Heilung gebracht werden, Furonkuline zu versuchen; Autor konnte in einigen Fällen von chron. Urticaria während des Furonkulingebrauches eine Besserung des Leidens bei gleichzeitiger Regelung des Stuhlganges nachweisen. Auch Versuche bei *Psoriasis* waren gerechtfertigt. In einem Falle von ausserordentlich starker Psoriasis vulgaris gingen bei dieser Behandlung die Efflorescenzen zurück, das äusserst lästige Jucken liess nach, gleichzeitig besserte sich die recht träge Verdauung. In

anderen Fällen war ein Effect nicht zu erzielen; es lagen hier eben auch andere aetiologische Momente vor. Endlich theilt Autor mit, dass in zwei Fällen von *Diabetes*, die er mit dem Hefepräparat *Antidiabethefe Zyma* behandelte, der eine (mit Lues complicirt!) auf das Mittel nicht reagirte, bei dem anderen jedoch der Erfolg ein eclatanter war; trotzdem die Diaet nicht geändert wurde, sank die Urinmenge bedeutend, der Zuckergehalt verminderte sich wesentlich, der hartnäckige Pruritus vulvae verschwand.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 29.)

Helminthiasis. Als **verlässliches und unschädliches Anthelminthicum** empfiehlt Dr. Jos. Bodenstein (Selzthal) das *Filmaronöl* (ein Theil Filmaron und neun Theile Ol. Ricin.) der Firma Boehringer (Mannheim). Er hat es in sechs Fällen angewandt und stets Erfolg erzielt, ohne die geringsten Nebenwirkungen zu erleben. Es handelte sich vier Mal um Taenia saginata, ein Mal um Taenia solium, ein Mal um Botriocephalus latus. Innerhalb 2—4 Stunden trat die erwünschte Wirkung ein. Autor gab Erwachsenen 10 g Filmaronöl (= 1 g Filmaron). Man kann als Vorkur eine Darmentleerung am Vormittag des Vortages und Abends Zwiebelsuppe und Heringsalat verordnen. Das Mittel soll im Allgemeinen nüchtern genommen werden, jedoch lässt sich auch von dieser Vorschrift, namentlich bei empfindlichen Pat., Umgang nehmen, bei welchen man besser eine Tasse Thee oder Milchthee eine Stunde vor Verabreichung des Mittels gewährt. Gegen event. Nausea sind Pfefferminztabletten zweckmässig. Autor hat noch in einer Reihe von *Ascariden* bei Kindern Filmaronöl in Dosen von 1—2—3 g (= 0,1—0,2—0,3 Filmaron) in Gelatinekapseln verabreicht, welche ebenfalls gut vertragen wurden und prompt wirkten.

(Wiener med. Presse 1906 No. 8.)

— **Zur Behandlung der Ascaridiasis** macht Privatdocent Dr. H. Brüning (Kinderabtheilung des Univ.-Krankenhauses in Rostock) eine Mittheilung. Ein in Amerika als officinelles Anthelminthicum täglich benutztes, bei uns gänzlich in Vergessenheit gerathenes Mittel, das sogen. *amerikanische Wurmsamenöl (Wormseedoil)*, von der Pflanze Chenopodium anthelminthicum Gray stammend, hat Autor mit Erfolg angewandt, und zwar hat er mit einem seitens der Chem. Fabrik Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig hergestelltem Oele sieben Kindern Ascariden entfernt. Es seien drei

Fälle näher geschildert. *1. Fall*: sechsjähriger Knabe mit Ascarideneiern im Stuhl. Erhält zwei Mal 0,75 Ol. Chenopod. anthelminth. in 5%iger Emulsion mit Vasenol in 2½stündiger Zwischenpause. Nach zehn Stunden Entleerung von Stuhl mit zwei männlichen Spulwürmern. Tags darauf die gleichen Dosen Wurmsamenöl mit zweistündigem Intervall, zwei Stunden später 10 g Ricinusöl. Entleerung eines weiblichen Ascaris. Von da ab im Stuhl keine Wurmeier mehr. *2. Fall*: Vierjähriger Knabe mit Taenien- und Ascarideneiern im Stuhl. Früh nüchtern 10 ccm (0,5 Ol. Chenopod. anthelminth.) folgender 5%iger Emulsion:

Rp. Ol. Chenopod. anthelminth.
Gi. arab. subtill. pulv. āā 5,0
Aq. dest.
Syr. Aurant. āā 45,0
F. emulsio.

Zwei Stunden darauf 10 g Ricinusöl; dieselbe Dosis fünf Stunden später. Nach sieben Stunden nochmals 0,25 g Ol. Chenopod. und 10 g Ricinus. Nach neun Stunden Stuhlentleerung ohne Wurmeier. Bald darauf nochmals Stuhl mit einem weiblichen Spulwurm und zahlreichen Bandwurmeiern. Die Taenie wird einige Tage später durch Extr. filic. abgetrieben. Keine weiteren Würmer mehr. *3. Fall*: 13jähriger Knabe mit zahlreichen Ascarideneiern. Erhält in zweistündigen Pausen drei Mal Ol. Chenopod. in Dosen von 0,5 ccm folgender Emulsion:

Rp. Ol. Chenopod. anthelminth. 10,0
Vitell. ovi I.
Ol. amygd.
Gi. arab. pulv. āā 10,0
Aq. dest. ad 200,0
F. emulsio.

Zwei Stunden später 10 g Ricinus. Nach fünf Stunden ein weiblicher Ascaris und viele Eier. Tags darauf von der gleichen Emulsion dasselbe Quantum in einstündigen Intervallen und wieder 10 g Ol. Ricini. Nach 14 Stunden zwei männliche und ein weiblicher Ascaris. — Die Medication stiess nie auf Schwierigkeiten, nie machte sie unangenehme Nebenwirkungen. Das Mittel wirkte prompt in allen Fällen, und zwar hat es, wie Fall 2 zeigt, offenbar eine specifische Wirkung auf Ascaris. Man kann es tropfenweise mit Syrup oder Zuckerwasser geben oder in

Form jener Emulsionen. Es empfieblt sich, bei Einschränkung der Nahrungszufuhr, drei Mal täglich 0,25—0,5 in 1—2-stündigen Intervallen (event. mehrere Tage) zu verabreichen und 1—2 Stunden nach der letzten Tagesdosis ein Abführmittel nachfolgen zu lassen.

(Medicin. Klinik 1906 No. 29.)

Hyperidrosis. **Die Behandlung der H. mit Vestosol** befürwortet Dr. Edm. Saalfeld (Berlin). Es ist das ein von Dr. Lonner hergestelltes Präparat, welches die wirksamsten Eigenschaften des Formalins besitzt, ohne dessen unangenehme Wirkungen zu zeigen, eine weissgelbliche, keinen stechenden Geruch aufweisende Salbe; das wirksame Princip ist Formaldehyd, das bis zu 2% bei Gegenwart von Zink und Bor an ein neutrales Fettgemisch gebunden ist. Nach bacteriologischen Untersuchungen (Piorkowski) kommt dem Vestosol eine hohe desinficirende und desodorosirende Wirkung zu. Autor wandte es bei 50 Patienten an, hauptsächlich bei H. der Füsse. Es wurde auf letztere (resp. in die Achselhöhle oder Hände) an zwei, in extremen Fällen an drei bis vier aufeinanderfolgenden Tagen je ein Mal eingerieben. Die H. hörte für vier bis sechs Wochen auf. Die Methode ist einfach, schädigt das Schweissdrüsenepithel garnicht, hat keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen zur Folge und ist billig (für jede Behandlung genügen 5—10 g der Salbe). — Auch bei einigen Fällen von *Pruritus ani*, wo er annahm, dass die Affection durch stark ausgeprägte Thätigkeit der übermässig ausgebildeten Schweissdrüsen der Analgegend bedingt sei, wandte Autor Vestosol an, aber nicht rein, sondern vermischt mit gleichen Theilen Fetron. Die Wirkung war recht befriedigend.

(Therap. Monatshefte, Juni 1906.)

— **Das Tannoform als Antihidroticum** hat Regimentsarzt Dr. M. Ottenfeld (Prag) mit bestem Erfolge angewandt. Er bediente sich, entsprechend den verschiedenen Graden der Erkrankung eines 5—50%igen Streupulvers (mit Talcum). In leichteren Fällen genügte es, die Fusslappen und Socken, wie auch die schwitzenden Parthien des Fusses mit einer 10—15%igen Mischung durch 3—4 Tage einstreuen zu lassen, bei leichter Beschuhung und Dispensirung vom Ausrücken. In schweren Fällen musste eine 20—50%ige Mischung herangezogen werden nebst zwei Tage Bettruhe. Nach dieser Zeit stets Verschwinden der H., worauf dann

das obige Regime für weitere 2—3 Tage eintrat. Etwaige Recidive wurden leicht durch eine Wiederholung der Cur beseitigt. Die mit Tannoform in Berührung gekommenen Hautparthien nahmen eine braune Färbung an, welche aber nach 2—3 Wochen zurückging. Bei Ekzemen wurde eine 10%ige Tannoformsalbe und dann ein 10%iges Streupulver mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1906 No. 67.)

Hysterie. **Heilung hysterischer Contracturen durch Lumballähmung** ist möglich, wie ein Fall zeigt, den Prof. Wilms (Chirurg. Klinik Leipzig) schildert. Derselbe versuchte mit Erfolg die bei der Lumbalinjection zugleich mit der Anaesthesie auftretende Muskellähmung zur Heilung einer hysterischen Contractur bei einem 20jährigen, früher stets gesunden Manne, bei dem sich diese Contractur kurz nach Beginn der militärischen Dienstzeit am linken Bein ausgebildet hatte. Die Contractur bestand bereits 34 Wochen, ohne dass irgend eine Behandlungsmethode eine Veränderung herbeigeführt hätte; Pat. wurde als Ganzinvalide entlassen und begab sich in des Autors Behandlung. Wenn er ging, so bewegte er sich mit zwei Krücken vorwärts und hielt das linke Bein handhoch vom Boden entfernt in einer Stellung fixirt, die im Hüft- und Kniegelenk eine leichte Beugung zeigte, während das Fussgelenk in rechtwinkliger Stellung fixirt war. Es gelang durch keine Behandlung bisher, das Bein in eine andere Stellung zu bringen. Pat. war auch nicht zu bewegen, in einem der drei Gelenke des Beines eine Bewegung auszuführen; er hielt sowohl im Hüftgelenk wie Knie- und Fussgelenk das Bein straff fixirt bei intensiv contrahirter Musculatur. Legte man den Patienten hin, so hielt er auch hier das Bein in der gleichen Stellung und war nicht zu bewegen, es auf die Unterlage aufzulegen. Bei starker Kraftanwendung gelang es natürlich, das Bein herunterzudrücken, aber jeder Bewegung, besonders der Beugung im Knie- und Hüftgelenk, ward ein enormer Widerstand entgegengesetzt. In Narkose trat sofort ein schlaffer Zustand ein, der aber direct nach dem Aufwachen aus der Narkose wieder verschwand, und die alte Contracturstellung war sofort wieder ausgebildet. Bei der langen Zeit des Bestehens dieser abnormen Beinstellung hatte sich sowohl am Ober- wie Unterschenkel des kranken Beins eine beträchtliche Atrophie entwickelt, die am Unterschenkel so hochgradig war, dass die Differenz

gegen das gesunde Bein, über der Wade gemessen, fast 2 cm betrug. An der Diagnose hysterischer Contractur konnte nach dem ganzen Bild und dem Verlauf des Leidens kein Zweifel sein. Nachdem die gewöhnlichen Mittel keinen Erfolg gezeigt, wurde mit Stovain eine Lumbalinjection ausgeführt, und zwar die gewöhnliche zur Anästhesirung übliche Dose von 6 Centigramm eingespritzt. Stovain wurde deshalb gewählt, weil durch dieses Mittel neben der Anästhesie auch eine ausgesprochene Lähmung fast regelmässig zustande kommt. Nachdem die Erschlaffung des Beines eingetreten, wurde dem Patienten demonstrirt, dass jede Steifigkeit des Beines jetzt beseitigt sei, und sobald die ersten Erscheinungen von Verschwinden der Lähmung sich zeigten, hiess Autor den Kranken aufstehen und führte ihn, zunächst an der Hand gestützt, im Zimmer umher. Er setzte direct danach, zum erstenmal seit 35 Wochen, das linke Bein wieder auf den Boden und konnte nach kurzer Zeit ganz gut im Zimmer auch allein auf- und abgehen. Das Hüftgelenk war nach Verschwinden der Anästhesie und Lähmung vollkommen frei beweglich, ebenso das Kniegelenk, dagegen war am Fuss noch eine deutliche Fixation, wenn auch geringer als früher, nachzuweisen. Der Patient liess jetzt seine Krücken zurück und ging ohne jede Stütze nach Hause. Er hat sich später noch mehrmals gezeigt. Die Fixation am Fussgelenk ist noch deutlich; eine Beseitigung dieser Störung durch erneute Injection will Patient nicht zugeben. Das Motiv hierfür scheint darin zu suchen, dass Pat. bei völliger Heilung fürchtet, seine Rente zu verlieren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 24.)

— **Zur Behandlung hysterischer Contracturen der unteren Extremitäten durch Lumbalanästhesie** theilt ferner Dr. H. Löhrer (chirurg. Klinik Giessen) einen Fall mit, bei dem es gelang, eine hysterische Contractur und die mit dieser eintretende Muskellähmung zur Heilung zu bringen. Es trat hier sogar vollständige Restitutio ad integrum ein; die Erkrankung war dabei Folge eines landwirtschaftlichen Unfalles, und die Verletzte bezog eine Rente, die sie durch die Heilung verlor.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 32.)

Magen- und Darmkatarrhe.

Ueber Bleibe-Klystiere, die er schon vor vielen Jahren empfohlen und noch mit bestem Erfolge anwendet, lässt sich Dr. A. Pollatschek

(Karlsbad) aus. Die Hauptsache ist, dass diese Klystiere im Darm verbleiben. Um dies zu erreichen, sind drei Momente erforderlich: Die Klystiere müssen ein geringes Volumen haben, müssen hoch temperirt sein und vermöge ihres chemischen Gehaltes in der angewandten Dosis die Ekkoprose zumindest nicht befördern. Es sind dies Klysmen von 50—100, nur selten 150 g Karlsbader Sprudel, die bei einer Temperatur von 48—52° C. in den Darm infundirt werden. Das Indicationsgebiet bilden *chronische Diarrhoeen,* wobei die Klystiere theils curativen, teils palliativen Erfolg haben. Die bei weitem häufigste Krankheit, bei welcher chronische Diarrhoeen eintreten, ist die *Enteritis catarrhalis chronica.* Hier erzielte Autor nicht selten Heilungen. Ein palliativer Erfolg wird bei Geschwürsprocessen aus anderen Ursachen (Tuberculose, Dysenterie u. dgl.) erzielt, kein Erfolg bei secundären Darmkatarrhen, wenn sie durch Stauungen im Pfortadersystem verursacht werden. In schweren Fällen muss man mit 50 g beginnen, bei Kindern mit noch weniger. Wenn es auch einmal bei dem ersten Versuche dem Patienten nicht gelingt, das Klysma zurückzuhalten, so darf man sich dadurch nicht zurückhalten lassen vor weiteren Versuchen. In den meisten Fällen gelingt es allmählich, solche kleine Dosen znr Resorption zu bringen und allmählich bis zu 100 und selbst 150 g aufzusteigen. Man beginnt mit 48° und applicirt solch' Klystier 1—2 Mal täglich, rasch bis 50° und selbst 52° ansteigend. Diese Klystiere belästigen nicht und machen keine unangenehmen Erscheinungen, im Gegentheil beruhigen sie die Darmperistaltik und wirken schmerzstillend. Wenn die Patienten nach Hause reisen, müssen sie die Klysmen fortsetzen, anfangs 2—3 Mal täglich, später seltener; physiol. Kochsalzlösung oder gewöhnliches Wasser genügen dann. Für die Klystiere, die sich auch für die pädiatrische Praxis sehr gut eignen, hat Autor einen besonderen Irrigateur (J. Odelga, Wien) angegeben.

(27. Balneologen-Congress. — Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 21.)

— **Ueber Wesen und Behandlung der sogenannten Enteritis membranacea (Colica mucosa und Myxorrhoea coli)** lässt sich Privatdoc. Dr. Albu (Berlin) aus. Unter „Enteritis membranacea“ werden ganz verschiedene Krankheitszustände zusammengefasst, die auch als „Colitis mucosa“ und als „Colica mucosa“ bezeichnet werden. Ueber die Wesenseigenheit dieser Zustände herrscht noch grosse Unsicher-

heit. Auf Grund der Erfahrungen, die Autor an mehreren hundert Fällen gewonnen hat, kann er dieses Dunkel lichten. Zunächst muss man sich da über das Verhalten der Schleimhautsecretion beim Darmkatarrh klar werden. Der normale Darm sondert nur ganz minimale Mengen von Schleim ab. Schon der aus Schleim bestehende lackartige Ueberzug, welchen man öfters auf cylindrischen harten Kothsäulen beobachtet, ist pathologisch. Er stammt aus den untersten Theilen des Dickdarmes resp. dem Rectum und hat sich durch den Reiz der längere Zeit stagnirenden festen Kothmassen auf die Darmschleimhaut gebildet. Bei jedem stärkeren Dickdarmkatarrh vermehrt sich die Schleimmenge. Der Schleim haftet dem Koth in kleinen und grösseren Flocken und Fetzen an, bei stärkeren Graden der Entzündung nimmt er auch die Form fingerlanger und ebenso dicker, fadenziehender Klumpen an, die bald hellglasig erscheinen, bald mehr fest und zäh zusammenhängend wie Gallerte. Einen grossen Einfluss auf die Gestaltung der Schleimmassen üben vor allem die Verhältnisse der Darmentleerung aus, insbesondere durch den bei Dickdarmerkrankungen so häufigen Wechsel zwischen Verstopfung und Diarrhoe. Bei echter Colitis erscheint der Schleim sehr selten in Gestalt jener röhrenförmigen Ausgüsse des Darmlumens oder bandförmigen, trockenen Häuten, welche man als charakteristisch für die sogen. Enteritis membranacea ansieht. So bestimmt man behaupten kann, dass es keine Colitis ohne Schleimbeimischung giebt, so sicher ist es auch, dass die vornehmliche oder gar ausschliessliche Abscheidung jener cylindrischen Schleimmassen bei reiner Colitis nicht vorkommt. Bei letzterer, auch der schwersten, herrscht stets die amorphe Form der Schleimmassen vor. Von ihr ist die Enteritis membranacea streng zu unterscheiden, obwohl auch diese ihren Sitz nur im Colon hat. Aber es handelt sich hier nicht um eine entzündliche Affection der Darmwand, sondern um eine rein nervöse Steigerung der specifischen Schleimproduction der Dickdarmschleimhaut. Diese Affection kann nun in zweierlei Form in die Erscheinung treten: als Enteritis (Colitis) membranacea und als Colica mucosa. Letztere ist dadurch ausgezeichnet, dass hier noch intermittirende Leibkrämpfe hinzutreten. Die chronische Verstopfung und die Abscheidung jener röhrenförmigen Schleimmassen ist beiden gemeinsam. Bei der Enteritis membranacea liegt meist eine Atonie des Dickdarms als Ursache vor, bei der Colica mucosa dagegen

ein tonischer Spasmus der Darmwand. Beide Zustände lassen die Bildung der langen band- und schlauchförmigen Schleimmassen dadurch zu Stande kommen, dass der Schleim infolge der trägen Entleerung der Därme abnorm lange in ihnen verweilt; er schmiegt sich der Darmwand und Kothsäule an und formt sich so zu Strängen und Häuten. Die Colica mucosa ist selten, die Enteritis membranacea häufiger. Erstere sieht man ausschliesslich bei hochgradig neurasthenischen Individuen, auch Männern. Die Diagnose ist gar nicht leicht, da zuweilen der Nachweis der Darmspasmen schwer oder gar nicht gelingt. Er ist nur dann gesichert, wenn man die spastisch contrahirten Darmschlingen palpiren kann. Das gelingt am besten am Quercolon, am Coecum und an der Flexura sigmoidea, an welchen Stellen sich die contrahirten Darmschlingen als 5—10 cm lange, fingerdicke, harte aber elastisch sich anfühlende Stränge nachweisen lassen, die meist sehr druckempfindlich sind. Die Patienten haben häufig nur eine unbestimmte Druck- oder Schmerzempfindung, oft genug aber auch sehr heftigen Krampf. Die Colica mucosa ist eine Reizneurose des Darms, beruhend auf einem primären nervösen Colonspasmus. Bei der Enteritis membranacea werden die Schleimgebilde ohne Koliken und nicht in grösseren Zwischenräumen entleert, sondern Wochen, Monate und selbst Jahre hindurch fast ununterbrochen, aber in unregelmässigen, bald kleineren, bald grösseren Zwischenräumen. Recht häufig mischen sich den röhrenförmigen Ausgüssen auch grössere amorphe Schleimmassen bei, welche knäuelförmig zusammengeballt sein können. Auch seitens des Arztes kommen Verwechslungen mit Bandwurmgliedern, Sehnen- und Fascientheilen u. dgl. vor. Der Abgang der Schleimmassen vollzieht sich meist ohne Beschwerden, sodass jene oft nur zufällig entdeckt werden. Auch die Träger dieser Affection sind durchweg Neurastheniker, oft anaemisch und schlecht genährt, meist mit chronischer, atonischer Obstipation behaftet. Es handelt sich um eine Erschlaffungsneurose auf der Basis einer primären Atonie des Dickdarms, und die Namen „Myxoneurosis intestini“ oder „Myxorrhoea (nervosa) coli“ wären zweckmässiger. Es kommen natürlich zwischen letzterer Affection und der Colitis mucosa Uebergänge vor, desgleichen zwischen beiden und echter Colitis; das ist aber recht selten. Was nun die Therapie anbelangt, so erfordert die Colitis mucosa zunächst die Bekämpfung ihres hervorstechendsten Symptoms, der Darmspasmen. Dies geschieht durch

1. Anwendung von Wärme (heisse Aufschläge, Sitz- und Vollbäder).
2. Narcotica: Suppositorien aus Belladonna (0,01—0,02 g pro dosi) eventl. mit Zusatz von Codein in gleicher Menge. Opium vermeide man, da es die Verstopfung noch steigert, die Darmschwäche vermehrt. Bei sehr heftigen Paroxysmen eventl. Morphium.

Bei beiden Zuständen ist dauernde Heilung nur von einer Behandlung des Grundleidens zu erwarten. Bei der Colica mucosa muss man tonische Darmcontractionen zu beseitigen suchen. Es kommen dabei folgende Maassnahmen in Betracht:

1. Prolongirte Sitz- oder Vollbäder, 30—33° R., 20 bis 25 Minuten lang, drei Mal wöchentlich.
2. Warme Oelklystiere, rein (1/4—1/2 L. Leinöl, Sesamöl u. dgl.) oder mit Seifenwasser untermischt, langsam und unter geringem Druck einlaufen lassen, zum längeren Verweilen bestimmt.
3. Zur Ernährung eine lactovegetabile Diät in Breiform, d. h. mit Ausschluss aller Schalen, Hülsen und überhaupt cellulosehaltigen Bestandtheile, besonders also die Gemüse als Purée und das Obst als Mus.

Bei der Colitis membranacea ist die Atonie zu bekämpfen durch folgende Hilfsmittel:

1. Vorsichtige Massage des Dickdarms mit der Hand oder einen Vibrationsapparat, am besten bei Leerheit der Därme.
2. Faradisation des Dickdarms in häufigen kurzen Stössen (bei erschlafften Bauchdecken).
3. Mehr oder minder grobe vegetarische Diaet, bei gleichzeitiger Verwendung von Buttermilch, Kefir, Honig, Fruchtmarmeladen, Pfefferkuchen, Schrotbrod, Milchzucker, Darrobst, Weintrauben u. dgl.
4. Glycerinklystiere und -Zäpfchen, Kaltwasserklystiere u. s. w.

Streng contraindicirt bei beiden Zuständen: adstringirende Einläufe, welche nur die Darmreizung verschärfen, die Schleimbildung vermehren, Contractionen hervorrufen! Wichtig dagegen ist stets die mechanische Entfernung der Schleimmassen, zu welchem Zwecke, falls regelmässige lauwarme dünne Sodawassereinläufe oder Oelklystire nicht wirken, von Zeit zu Zeit ein mildes Abführmittel (Ricinus) angewandt werden soll.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

— **Ueber die Verwendung von Soxhlets Nährzucker und Nährzucker-Kakao** theilt Dr. S. Gara (Wien) seine Erfahrungen mit. Soxhlet stellt seinen *Nährzucker* in der Weise her, dass er die Verzuckerung der reinen Stärke mit möglichst wenig Malzauszug so bewirkt, dass auf ein Theil Dextrin ein Theil Maltose entsteht; er stellt auf diese Weise ein Kohlehydrat dar, welches als Fettersatz dienen kann, und dem die abführende Wirkung des sonst gebräuchlichen reichlichen Milchzuckerzusatzes zur Kuhmilch vollständig mangelt. Durch ausgedehnte Versuche hatte Soxhlet festgestellt, dass je weniger Maltose und je mehr Dextrin das Gemisch der Verzuckerungsproducte enthält, desto besser es von Kindern auch in grösseren Mengen vertragen wird, ohne Diarrhöen oder sonstige Beschwerden zu erzeugen. Soxhlet gab ausserdem seinem Präparate noch einen geringen Säuregrad, um dadurch die beim Kochen der Milch unlöslich werdenden Kalksalze in Lösung zu erhalten; der etwa 2% betragende Kochsalzgehalt dient zum Ausgleich der Chlorarmuth der Kuhmilch, um auf diese Weise die Salzsäureproduction zu steigern. Autor wandte den Nährzucker bei einer grösseren Zahl von Fällen (35) an, theils bei gesunden, theils bei an Verdauungsstörungen leidenden, oft stark herabgekommenen Säuglingen, und erzielte sehr befriedigende Resultate. Auch bei schweren Formen der Ernährungsstörung, bei vorgeschritteneren Atrophieen und chronisch gewordenen Dyspepsieen bewährt sich das Präparat bestens. *Nährzucker-Kakao* kann zur Ernährung älterer Säuglinge und Kinder, sowie als leicht verdauliche Nahrung für magendarmkranke Erwachsene dienen; er riecht und schmeckt sehr angenehm. Bei chronisch diarrhoischen Zuständen, sowie bei Gastroenteritis subacuta bewirkte das Präparat theils Heilung, theils wesentliche Besserung. (Oesterreich. Aerzte-Ztg. 1905 No. 24.)

— Auch San.-R. Dr. L. Fürst (Berlin) rühmt in einer Arbeit: **Zur Diätetik des gesunden und kranken Säuglings** den Soxhlet'schen *Nährzucker*, den er bei atrophischen Kindern und Erwachsenen angewandt hat. Er gelangte zu folgendem Resultat bei diesen Versuchen: „In Fällen einfacher, primärer Atrophie oder secundärer Abnahme der Körpersubstanz, wenn zehrende, bezw. mit Säfteverlusten verbundene Krankheiten vorangegangen waren, bewirkte das Mittel thatsächlich eine Gewichtszunahme. Dieselbe war bei acuter Atrophie des Säuglings nach

Darmkatarrh sogar eine sehr erhebliche und gerade in solchen Fällen um so constanter, als das Nährmittel zugleich eine leichte Verlangsamung der Peristaltik, also eine längere und gründlichere Ausnutzung der Milch und sonstigen Nahrung zur Folge hatte. Was den normalen, nur in der Ernährung herabgekommenen oder zurückgebliebenen Säugling betrifft, so erzielt man durch den Nährzucker eine sichtliche Besserung des Ernährungszustandes, erfreulichere Gewichtsverhältnisse durch Zunahme von Fett und Muskelsubstanz. Zugleich erreicht man eine Beseitigung der allgemeinen Atonie, was sich u. a. in den energischen Bewegungen und in der lebhafteren Stimmung des Kindes documentirt. Den in der Reconvaleszenz nach Magendarmkatarrhen, Brechdurchfällen etc. befindlichen Kindern verhilft das Präparat zu rascherer Wiederherstellung. Während krankhafter enterischer Zustände ist allerdings Vorsicht geboten, falls die Katarrhe auf Gährungsvorgängen beruhen. Man wird also in den ersten Tagen kleine Dosen des Nährzuckers ohne Milch, nur in Thee oder Schleim geben, bis die weniger empfindlich gewordenen Verdauungsorgane die Darreichung in Milch vertragen. Allerdings denke man auch dann noch daran, dass „Eines sich nicht für Alle schickt“. Es giebt einzelne Kinder, die auf das Präparat in unerwünschter Weise reagiren. Solche Fälle sind aber Ausnahmen, und beruhen entweder auf Ueberschreitung der Dosis oder ungenügender Indicationsstellung. Die Regel ist, dass das Präparat nicht nur gern genommen, sondern auch gut, d. h. ohne störende Nebenwirkungen vertragen wird, dass es ferner, entsprechend dosirt, den Ernährungszustand constant hebt, also offenbar völlig assimilirt und zu Gewebsansatz verwendet wird. Die leichte Stuhl-Retention ist gerade bei bestehender Neigung zu Diarrhoe sehr erwünscht, eine Art von Sicherung. Sollte sie ausnahmsweise lästig werden, so genügt es meist, die Nährzucker-Kost mit Darreichung der verbesserten Liebig-Suppe zu kombiniren, um leichte und normale Stühle herbeizuführen.“ (Fortschritte der Medicin 1905 Nr. 36.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Zur **Chorea gravidarum** macht Prof. Dr. Martin (Greifswald) interessante Mittheilungen. Er hatte Gelegenheit, zweimal eine Chorea in mehrfach wiederholten Schwangerschaften zu behandeln. In dem einen Falle handelte es sich um einen Fall von Chorea ohne bekanntgegebene

vorausgegangene Organstörungen oder Infectionskrankheiten, der zweite betraf eine Kranke, die im Anschluss an einen schweren Gelenkrheumatismus von dem Uebel befallen wurde. Diese auf der Basis des acuten Gelenkrheumatismus entstandene Chorea trat nicht in der ersten Schwangerschaft hervor, sondern erst in der zweiten, um dann in der dritten und vierten eine immer bedenklichere Intensität zu erreichen. Damit wäre die Erfahrung bestätigt, dass Recidive immer bedenkliche Erscheinungen im Gefolge haben. Wenn aber allgemein darauf hingewiesen wird, dass die Geburt einen sehr schweren Einfluss ausübt und keinen wesentlichen Heilfactor bildet, so kann Autor diese Sätze nicht ohne wesentliche Einschränkung gelten lassen. Sicherlich steigern sich unter ihrem Einfluss die Choreabewegungen. Eine unmittelbare Lebensgefahr entsteht aber nur da, wo die Chorea mit sehr schwerer Endocarditis und Meningitis oder ähnlichen Complicationen verbunden auftritt. Autor hat in sehr schweren Fällen die Geburt resp. die Entleerung des Uterus als den Heilfactor für die Chorea selbst für sehr schwere Fälle erprobt. Manche haben aus ihren Erfahrungen den Schluss gezogen, in schweren Fällen unmittelbar zur Entleerung des Uterus zu schreiten. Autor hat schon früher betont, dass man jedenfalls da, wo die Schwangerschaft dem Ende nahe ist, mit Rücksicht auf die Erhaltung eines lebensfähigen Kindes nicht ohne weiteres zur Unterbrechung derselben schreiten soll, aber auch nicht bei Chorea im Beginne der Schwangerschaft; jetzt tritt Autor noch nachhaltiger dafür ein, in allen Fällen auch angesichts bedrohlicher Erscheinungen zunächst einen nachhaltigen Versuch mit der Brombehandlung zu machen. Autor hat auch angesichts bedrohlichster Erscheinungen bei Beginn der Gravidität mit der Bromtherapie Nachlass der Chorea und Fortdauer der Schwangerschaft bis zum normalen Ende wiederholt erreicht. Die älteren Mittheilungen aus der Litteratur über die schlechten Erfolge bei der Unterbrechung der Schwangerschaft sind heute nur bedingungsweise verwerthbar. Sie waren nicht schlechthin der Chorea zur Last zu schreiben, sondern der septischen Infection bei den Versuchen der Ausräumung des Uterus. Man wird sich heute kaum mehr damit aufhalten, die Cervix durch Quellmittel zu dilatiren oder durch Einlegen von Bougies Wehen zu erregen und die Uterushöhle für den Finger zugänglich zu machen. Es erscheint nur zu begreiflich, dass durch diese Art des Vorgehens auch auf

die Chorea ein sehr bedenklicher Einfluss ausgeübt wird, abgesehen von der Gefahr der Infection. Wenn der Uterus unmittelbar zu entleeren ist, bietet uns die Colpohysterotomia anterior die Möglichkeit, in kürzester Frist und ohne Gefahr eines grossen Blutverlustes das Ei zu entfernen. Die Bromtherapie (Bromnatrium und Bromammonium āā 2,0, Brommagnesium 4,0) bei Chorea gravidarum wird jetzt vielfach vernachlässigt, Chloral und Morphium, Eisen und Arsen werden an erster Stelle empfohlen. Die letzteren haben ja für die leichteren Fälle, zumal bei ausgesprochenem Darniederliegen des Stoffwechsels, grosse Bedeutung, die ersteren können aber die Herzenergie gefährden (was freilich bei der Bromtherapie gelegentlich auch hervortreten kann). Im Allgemeinen aber ist Brom ungefährlich und hat schon in Tagesdosen von 8 g günstige Wirkung auf das Leiden. Autor ist jedenfalls der Ansicht, dass bei schweren, zunächst recht bedrohlich aussehenden Fällen ein nachhaltiger Versuch mit Brom bei sorgfältiger Pflege und Ernährung, geeigneter Lagerung, Bädern und Packungen der Unterbrechung der Schwangerschaft vorangehen soll.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 31.)

— **Einiges zur Hygiene der Geburt** giebt Privatdocent Dr. S. Gottschalk (Berlin) an. Obenan steht die Forderung strengster Asepsis. Der Arzt, welcher Geburtshülfe treibt, soll immer daran denken, dass es ungemein schwierig ist, septisch inficirte Hände zu desinficiren, und sich deshalb möglichst vor *directer* Berührung septischen Materials in Acht nehmen. Kann er das nicht vermeiden, so soll unmittelbar hinterher eine gründliche Desinfection der Hände wie zu einer grösseren Operation folgen. Er soll ferner die innere Untersuchung möglichst einschränken, statt dessen die äussere Untersuchung gründlichst ausnützen. Die touchirenden Finger inficiren leichter *nach* dem Blasensprung, auch wächst die Infectionsgefahr mit der Dauer der innerlichen Untersuchung; besonders gefährlich ist die innerliche Untersuchung bei Placenta praevia! Wenn der Arzt die Entbindung leitet, braucht die Hebeamme nicht innerlich zu untersuchen, er trägt dann nur die Verantwortung für seine eigenen Hände. Man touchire nicht während einer Wehe, um die Eisblase nicht vorzeitig zu sprengen. — Der Nutzen bestimmter Stellungen der Kreissenden für die regelrechte Abwickelung des Geburtsmechanismus ist zweifellos. Steht z. B. der Kopf im kleinen Becken, so soll die Gebärende auf die Seite des Hinterhauptes ge-

lagert werden. Auch bei Gesichtslagen, wo der tiefe Querstand die Regel ist, lagere man die Kreissende auf die Seite des Kinnes. Bei seitlicher Abweichung des Kopfes lässt sich durch Lagerung der Kreissenden auf die Seite, nach welcher der vorliegende Kindestheil abgewichen ist, die Einstellung und der Eintritt in's Becken rasch erzielen. Auch der Austritt des kindlichen Kopfes aus der Schamspalte kann durch zweckentsprechende Lagerung begünstigt werden. Die künstliche Drehung des kindlichen Rückens nach vorn durch äussere Handgriffe ist angezeigt, wenn trotz entsprechender Seitenlagerung (auf Seite des Hinterhauptes) bei tiefem Querstand, bei dritten und vierten Schädellagen sowie bei Vorderhauptslagen die Drehung des Hinterhauptes nach vorn nicht erfolgt und die Geburt stockt. Auch wenn der Rücken nur wenig nach vorn gebracht wird, sieht man bald das Hinterhaupt nach vorn treten. Behufs Ausführung dieser Drehung des Rückens der Frucht umfasst der Arzt, falls der Rücken links hinten liegt, von der linken Seite her mit der linken Hand die vordere, d. i. die rechte Schulter, mit der anderen Hand möglichst weit von hinten her gleichzeitig den Rücken der Frucht und bewirkt so — in der Wehenpause — mit beiden zusammenarbeitenden Händen eine kräftige Rotation des Rückens nach vorn. Ist die Rotation geglückt, so wird die Kreissende sofort wieder auf die Seite des Hinterhauptes, also hier die linke Seite gelagert, dabei aber gegen die vordere Schulter eine Gegenstütze applicirt in Form eines Rollkissens oder eines in eine Serviette eingehüllten, geschlossenen Kilo-Wattepackets. Diese Gegenstütze soll das Zurückgehen der Schulter nach hinten verhindern. Oft reichen jetzt wenige gute Wehen aus, um das Hinterhaupt nach vorn treten zu lassen. In Narkose gelingt diese künstliche Drehung noch leichter. Ist aus irgend einem Grunde die sofortige Zangenentbindung angezeigt, so kann man vorher in Narkose durch diese äusseren Handgriffe den Kopf so rotiren, dass sich die Zangenentbindung in schonender Weise mit vorausgehendem Hinterhaupt bewerkstelligen lässt. — Von grösster Bedeutung für das fernere Wohlbefinden der Gebärenden ist die Erhaltung der Dammgebilde. Der regelmässige Gebrauch 33—35° C. warmer Vollbäder in der Schwangerschaft macht die Dammgebilde geschmeidiger, dehnungsfähiger. Beim eigentlichen Dammschutz ist der directe Gegendruck auf den sich unter der Wehe stark vorwölbenden Damm nicht zu empfehlen, weil die Dammgebilde von oben her,

vom Kopf, von unten, vom Daumenballen zusammengedrückt, blutleer und deshalb leichter zerreissbar werden. Der Zweck des Dammschutzes ist, das Hinterhaupt ganz allmählich nach vorn oben vor die Symphyse austreten zu lassen. Bei Erstgebärenden geschieht das gewöhnlich schon an sich ganz langsam in Folge des natürlichen Widerstandes. Erst wenn das Hinterhaupt unter dem Schambogen herausgetreten ist, dränge man es bei der Wehe mit zwei, dem Hinterhaupte unmittelbar aufgesetzten Fingern zurück. So wird das weitere Durchschneiden auf mehrere Wehen unter ganz allmählicher Dehnung der Dammgebilde vertheilt. Sobald das Kinn sich vom Hinterdamm aus fassen lässt, hält man es auf der Höhe eine Wehe während der folgenden Wehenpause fest, so dass auch in der Wehenpause das Hinterhaupt im Introitus stehen bleiben muss. Gleichzeitig streife man mit der anderen Hand die vordere Commissur und die kleinen Labien über das Hinterhaupt zurück. Durch Druck vom Hinterdamm aus zuerst gegen die Stirn und später gegen das Kinn lässt sich die normale Rotation des Kopfes um die Symphyse wesentlich unterstützen und der Damm entlasten. Von diesem Hinterdammhandgriff lässt sich auch bei Zangengeburten namentlich von Erstgebärenden, mit Vortheil Gebrauch machen. Sobald das Hinterhaupt mit der Zange soweit entwickelt ist, dass es nicht mehr in der Wehenpause zurücktreten kann, nehme man die Zange ab, fasse das Kinn vom Hinterdamm aus und hebele so den Kopf nach vorn oben vor die Symphyse. Sehr wichtig ist dabei, dass der grösste Längsdurchmesser des durchtretenden Schädels nicht dem sagittalen der Vulva entsprechend, sondern im schrägen Durchmesser der Schamspalte entwickelt wird. Das Hinterhaupt soll also nach aussen oben vor dem der Lage des Hinterhauptes entsprechenden absteigenden Schambeinast heraustreten. Das Mitpressen während der Wehe ist bei diesem Hinterdammgriff streng zu untersagen, die Gebärende muss den Mund weit öffnen und stossweise forcirt ausathmen. Droht ein Dammriss, so mache man in der Richtung gegen das Tuber ischii mit der Schere eine Incision, aber nur eine einseitige. Jeder Dammriss muss sofort genäht werden, am besten mit steriler Seide. Da der Riss fast immer die Columna rugar. post. einseitig oder gabelig umgreifend in die Scheide sich fortsetzt, so sind stets, und zwar zuerst, der Rissfigur entsprechende tiefgreifende Scheidenknopfnähte zu legen behufs Recon-

struction des Scheidenrohrs, dann vom Damm aus tief und seitlich weitausholende Seidenknopfnähte. Ist der Sphincter ani mit eingerissen, so soll zuerst eine Sphincternaht gelegt werden, erst dadurch wird deutlich, in wie weit die vordere Mastdarmwand mit eingerissen ist, die dann sofort mit feinster Seide oder feinem Celluloidzwirn durch Knopfnähte exact zu schliessen ist. Die Nähte werden nach der Dammwunde hin geknotet und versenkt, der Mastdarmnaht folgt die provisorische Naht des Scheidenrohres, d. h. die Fäden werden gelegt, aber erst nach Anlegung der Dammnaht geknotet. Bei der Dammnaht im engeren Sinne ist sehr wichtig, dass die stark gebogene Nadel seitlich weit ein- und ausgestochen wird, um die lateral auseinandergewichenen musculären und fasciculären Bestandtheile des Corpus perineale sicher mit der Nadel zu fassen und median zu vereinigen, einige versenkte feine Nähte aus Celluloidzwirn oder Catgut wirken hierbei sehr gut. Die äusseren Dammnähte werden am fünften Tage, nachdem sehr dünner Stuhlgang erzielt wurde, entfernt. Die Scheidennähte können bis in die dritte Woche liegen bleiben. — Die Lösung der Nachgeburtstheile vollzieht sich unter Contractionen des Uterus. Es vergehen nicht selten eine halbe bis drei Stunden, bevor die Nachwehen einsetzen. Das Herausdrücken der Nachgeburtstheile ist erst möglich, wenn sie gelöst sind! Vorzeitige Expressionsversuche sind schädlich, weil sie zur partiellen Abhebung der Placenta mit nachfolgender Blutung führen. Auch das energische Massiren des Uterus gleich nach der Geburt ist nachtheilig. Rationell ist, nach der Geburt des Kindes Secal. cornut. behufs Förderung der Wehenthätigkeit zu geben. Eine sanfte Massage des Uterus in Form von Zirkelreibungen, nur mit den Fingerkuppen bei gebeugter Handhaltung ist bei andauernder Erschlaffung, falls es nach aussen blutet, gestattet. Blutet es bei gut contrahirtem Uterus, selbst auf der Höhe einer Wehe nach aussen, so handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Rissblutung aus Cervixriss, falls eine Blutung aus Dammriss resp. Clitorisriss durch die äussere Besichtigung auszuschliessen ist. Eine wirkliche Adhärenz der Placenta, die manuelle Lösung erforderte, zählt zu den seltensten Ausnahmefällen. Die manuelle Lösung der Placenta gehört wegen ihrer grossen Infectionsgefahr zu den gefährlichsten Eingriffen. Leitet man die Nachgeburtsperiode nach den dargelegten Gesichtspunkten, so werden die Fälle von sogen. angewachsener Nachgeburt nur höchst selten vor-

kommen. — Keine Wöchnerin sollte vor dem zwölften Tage, und zwar mit einer Leibbinde, das Bett verlassen, aber nicht länger als fünf Tage auf dem Rücken liegen, weil die langdauernde Rückenlage eine Retroflexio uteri begünstigt, zu frühes Aufstehen aber Senkungsvorgänge zeitigt. Jede Wöchnerin bedarf sechs Wochen körperlicher Schonung. Wird Retroflexio bald erkannt, so ist sie innerhalb weniger Wochen durch manuelle Correctur und Tragen eines Pessars zu heilen. Jede Wöchnerin sollte bald nach dem Aufstehen in der dritten Woche auf Retroflexio untersucht und eventl. sofort behandelt werden! Hat schon vor der Schwangerschaft eine Verlegung bestanden, ist allemal im Spätwochenbett ein Pessar einzulegen. (Die Therapie der Gegenwart, August 1906.)

Syphilis. **Zur Combination von Quecksilber und Arsen bei der Injectionsbehandlung der S.** macht Dr. R. Kamprath (k. k. Krankenhaus Wieden-Wien) eine Mittheilung. Er hat *Enesol* (salicylarsensaures Hg) bei 20 Fällen secundärer S. angewandt, indem er durch 30 Tage täglich 1 ccm Enesol (= 3 cg salicylsaures Hg), die Hälfte einer Originalampulle (Clin & Co., Paris) injicirte. Es waren alle Gestaltungs- und Localisationsformen der secundären S. vertreten. In den meisten Fällen genügten 15—18 Injectionen, die stets gut vertragen wurden, um die Symptome zum Schwinden zu bringen; stets wurden aber 30 Injectionen gemacht. Besonders zeigte sich der Vorzug des Präparats bei anaemischen, scrophulösen Individuen, schwächlichen Patienten mit darniederliegendem Allgemeinzustand. Die Zahl der rothen Blutkörperchen, der Haemoglobingehalt des Blutes schnellten stets empor, Allgemeinbefinden und Körpergewicht stiegen, die Heilungstendenz bei S. gravis wurde besser. Schwerere, nur langsam der Behandlung weichende Syphilisformen sind ja gewöhnlich mit schwächlicher Constitution, Anaemie oder anderen, die Resistenz vermindernden Allgemeinerkrankungen (Alkoholismus) combinirt, resp. durch sie bedingt. Die vortheilhaftere Wirkung des Arsens in solchen Fällen ist einleuchtend und lässt es auch begreiflich erscheinen, dass die bei solchen Formen vorkommende Intoleranz gegen Hg nach Aufnahme der Enesolbehandlung schwand resp. nicht beobachtet wurde. Aehnliches gilt von der durch das Constitutionellwerden der S. bedingten Anaemie und Depression des Kräftezustandes. Der Effect der Quecksilberarsenbehandlung trat denn auch in solchen Fällen

klar zu Tage, indem die bald mehr bald weniger stark empfundenen und sichtbaren Begleiterscheinungen der Eruptionsperiode nach Beginn der Enesolbehandlung rascher zum Schwinden gebracht wurden.

(Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 23.)

— **Die Behandlung der S. mit Mergal, einem neuen Antilueticum,** empfiehlt Dr. S. Boss (Strassburg i. E.). Mergal ist cholsaures Quecksilberoxyd (J. D. Riedel, Berlin) und wird intern gegeben. Ein solches Präparat, bei welchem das Quecksilbermolekül nicht an eine heterogene, sondern an eine im Organismus normal vorhandene Säure gebunden ist, musste in erster Linie zur internen Behandlung der S. geeignet sein. Und das bestätigten auch die Versuche durchaus. Das Präparat kommt in dünnen, weichen, elastischen Kapseln in den Handel und wird in grossen Dosen vertragen. 0,5 g davon entsprechen ungefähr 0,15 Sublimat. Eine solche Sublimatmenge täglich verabreicht, würde natürlich sehr bald deletär wirken, Mergal wird in entsprechender Dosirung ohne Nebenerscheinungen gut tolerirt. Um aber doch event. leichteren Aetzwirkungen vorzubeugen, wird noch ein Adstringens (Tanninalbuminat 1 : 2) hinzugefügt; jede Mergalkapsel enhält 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Album. tannicum. Die Ausscheidung erfolgt rasch. Autor behandelte in den letzten zwei Jahren 30 Fälle damit, davon 20 frisch inficirte, mit secundären Erscheinungen. Die ersten 4—5 Tage erhielten die Pat. dreimal täglich eine Kapsel, vom sechsten Tage ab dreimal täglich zwei Kapseln, event. später bis vier- bis fünfmal täglich zwei Stück (nach dem Essen). Die Erscheinungen verschwanden in derselben Zeit, wie bei einer Injections- oder Inunctionscur. Autor stellt folgende Indicationen für die Anwendung des Mergals auf:

1. Das Mergal ist angezeigt bei allen Formen von Syphilis, seien sie secundärer oder tertiärer Art. Nur da, wo sich die Syphilis durch schwere oder direct lebensgefährliche Symptome äussert, wie Gehirn- oder Rückenmarkssyphilis, Apoplexien, Syphilis der Augen u. s w., wird man mehr energisch wirkende Curen vorziehen.
2. Das Mergal eignet sich vorzüglich zur chronisch-intermittirenden Behandlung im Sinne Fournier-Neisser. Ohne Zweifel ist der beste Schutz gegen die schweren Späterscheinungen eine häufige Behand-

lung der Syphilis. Am bequemsten erreicht man dieses Ziel mit Mergal.
3. Das Mergal ist zu empfehlen bei den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen, also bei der Tabes und der Paralyse.

Die Ergebnisse seiner zweijährigen Versuche mit Mergal fasst er in folgende Sätze zusammen:

1. Das Mergal ist ein gutes inneres Antilueticum, das auf das syphilitische Virus in gleicher Weise einwirkt wie eine Inunctions- oder Injectionscur.
2. Es wird vom Verdauungsapparat gut vertragen, erzeugt keine Koliken beziehungsweise Durchfälle und keine Nierenreizung. Es kann demgemäss Monate lang ohne Nachteil genommen werden.
3. Aus der specifischen Mergalcur geht der Patient nicht geschwächt, sondern gekräftigt und frei von Erscheinungen hervor.
4. Die Mergalcur ist von allen Behandlungsmethoden die einfachste, bequemste und angenehmste. Sie stört den Pat. nicht in seinem Berufe, verursacht ihm keine Belästigungen, keine Schmerzen und, was sehr wichtig ist, sie lässt sich überall discret durchführen. (Medicin. Klinik 1906 No. 30.)

— **Ueber das Sajodin** theilt Sanitätsrath Dr. Lublinski (Berlin) seine Erfahrungen mit. Das Mittel wird in Tabletten zu ½ g (20 Stück) in den Handel gebracht und kennzeichnet sich durch seine völlige Geruch- und Geschmacklosigkeit beim Einnehmen. Irgend eine üble Einwirkung auf die Verdauungswerkzeuge scheint es in der Einzelgabe von 0,5—1,0 g und in Tagesgaben von 2—3 g, in einzelnen Fällen selbst von 5 g, nicht zu haben. Trotzdem das Präparat drei Mal weniger Jod als Jodkali enthält, scheinen die erwähnten Gaben vollständig zu genügen. Autor hat es in zwei Fällen von Arteriosklerose, in drei von trockenem Lungenkatarrh mit asthmatischen Beschwerden und in sieben von secundärer und tertiärer S. erfolgreich angewandt. Bei der erstgenannten Erkrankung handelte es sich um zwei ältere Herren. Es wurde durch Sajodin (vier Mal täglich 0,5 g), das ohne Störung einen Monat lang gebraucht wurde, erheblicher Nachlass der Beschwerden erzielt. Der eine Pat. hatte sonst Jodkali gebraucht, das ihm aber stets recht schlecht bekommen war, während Sajodin keine Nebenerscheinungen machte. Bei der zweiten Kategorie mussten etwas grössere Dosen

(2—3, selbst 4 g pro die) verordnet werden. Bei den syphilitischen Pat. wirkten 3—5 g pro die specifisch ein. Allerdings machte Autor bei schweren gummösen Formen meist noch von der Schmierkur Gebrauch. Angina specifica und Plaques opalines wurden von Sajodin günstig beeinflusst; ebenso schwand Cephalaea. In einem Fall von gummöser Glossitis gelang es, ohne Schmierkur in kaum einem Monat unter Verbrauch von etwa 100 g Sajodin das specifische Product zur Rückbildung zu bringen. Bei einem anderen Pat. mit gummöser Ulceration in der Nase, die den harten Gaumen durchbrochen hatte, war es möglich, durch Schmierkur und Sajodin das Geschwür zur Heilung und die Perforation zum Verschluss zu bringen, nachdem 120 g des Mittels (ohne jede üble Nebenwirkung!) verbraucht worden waren. Es ergiebt sich daraus, dass Sajodin den übrigen Jodpräparaten an Wirkung gleichkommt und dabei gut vertragen wird.

(Therap. Monatshefte, Juni 1906.)

— **Syphilis der Caruncula sublingualis** hat Privatdocent Dr. J. Heller (Charlottenburg) beobachtet. Eine Pat., die wegen S. in Behandlung trat, zeigte rechts auf dem Boden der Mundhöhle unter dem vorderen Theile der Zunge eine hahnenkammähnliche, etwa 5 mm dicke, 1,75 cm lange, 1,5 cm hohe, nach beiden Seiten bewegliche Neubildung, auf Druck wenig schmerzhaft und keine Art von Flüssigkeit hervortreten lassend. Bekleidung: normale Schleimhaut; auf der Höhe des Tumors Schleimhaut hellweisslich (ähnlich Leukoplakie), einem Krater gleichend, in dem eine nicht lösbare Masse festsass. Druck auf die Unterkieferwinkeldrüsen schmerzhaft; keine Salivation. Die Geschwulst wurde an ihrer Basis mit einem Scheerenschlage entfernt, die Wunde heilte spontan, Störungen der Speichelsekretion traten nicht auf. Patientin war zweifellos syphilitisch, und aus dem Ergebnis der klinischen und anatomischen Untersuchung des Falles ging klar hervor, dass hier eine noch nicht beschriebene irritative S. der Caruncula der Glandula sublingualis vorgelegen hatte.

(Berliner Dermatolog. Gesellschaft, 16. I. 06.
Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 30.)

— **Ueber schmerzhafte Drüsenschwellung bei S.** macht Dr. H. Vörner (Leipziger medic. Univ.-Poliklinik) Mittheilungen. Die bei der Secundärperiode der S. sich entwickelnde allgemeine Drüsenschwellung ist ja gewöhnlich eine indolente.

Gelegentlich kann man aber auch eine mehr oder weniger hervortretende Schmerzhaftigkeit, besonders an den Leistendrüsen, bemerken; ein gleiches Verhalten der Drüsen an anderen Regionen ist viel seltener. Einen eigenartigen Fall einer schmerzhaft geschwollenen, umschriebenen Drüsenparthie beobachtete Autor. Patient kam wegen Schmerzen in der Claviculargegend, Kraftlosigkeit der Hand und Paraesthesien, die namentlich das rechte Medianusgebiet betrafen. Vor einem Jahre Ulcus durum am Genitale mit nachfolgendem Exanthem. Keine Behandlung. Jetzt fanden sich manifeste Zeichen von S. und als besonderer Befund ein Tumor hinter der rechten Clavicula. Bei der Palpation hatte derselbe dicht über und hinter der Clavicula einen Durchmesser von 6—7 cm; derbe Consistenz; nicht verschiebbar, nach oben zu rundlich, verlor er sich unter die Clavicula nach abwärts, war spontan und bei Berührung empfindlich. Auf antiluetische Behandlung ging er sehr bald zurück und an seiner Stelle liessen sich die anfänglich noch stark vergrösserten und nun beweglichen Supraclavicularlymphdrüsen palpiren. Die durch den Druck des Tumors auf den Nerven verursachten Symptome verschwanden. — Fälle, wo bei secundärer S. in verschiedenen Regionen empfindliche Drüsenschwellungen vorkommen, sind recht selten. Autor beobachtete folgenden Fall. Patient hatte vor einem halben Jahre nach einem Primäraffect secundäre Erscheinungen bekommen. Schmierkur, einige Zeit symptomenfrei. Jetzt schmerzhafte Drüsenschwellungen. Am Nacken die Cervicaldrüsen erheblich geschwollen; halbkugelige Vorwölbung fast von der Grösse einer halben Walnuss. Auch an den seitlichen Halsparthien Drüsen als Packete direct sichtbar. Submaxillardrüse rechts fast walnussgross. Inguinalgegenden durch Drüsen stark vorgewölbt. Rechte Cubitaldrüse bedeutend vergrössert. Diese Drüsenschwellungen sind ausserordentlich empfindlich. Auf specifische Behandlung verschwanden sie. — Diese Fälle von schmerzhafter Drüsenschwellung bei S. haben eine gewisse Aehnlichkeit mit solchen, bei denen die Mamma befallen ist. Auch die luetische Mastitis ist im Allgemeinen indolent; aber Autor sah folgenden Fall: Mann inficirte sich im Juli v. J.; im August Primäraffect, im September Exanthem, im December Recidiv, im Februar ds. J. Schleimhautplaques, im Juni plötzlich Schmerzen in der linken Brust. Warzenhof und Umgebung desselben prominent, bei Berührung sehr schmerzhaft.

Man fühlte einen ca. 6 cm im Durchmesser betragenden, derben, mit der Warze verbundenen Tumor von rundlicher Begrenzung. Energische antiluetische Behandlung behob in wenigen Tagen die Schmerzen, und nach sechs Wochen war der Tumor geschwunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 33.)

Typhus. Die **Pyramidonbehandlung des Unterleibstyphus** empfiehlt warm Oberstabsarzt Dr. Widenmann (St. Josefskrankenhaus Potsdam). Pyramidon setzt nicht bloss die Temperatur sicher herab, sondern es wirkt auch auf das Allgemeinbefinden des Pat., auf sein Sensorium, auf Appetit und Schlaf so günstig ein, dass das Bild des Typhuskranken ein ganz anderes wird. Statt der apathisch benommenen oder somnolent sich umherwerfenden Kranken mit glühend heisser Haut, welche unter sich lassen und der Pflege die grösste Mühe bereiten, sieht man ruhige Kranke, welche ohne Fieber oder mit vorübergehender Temperatursteigerung, voller Theilnahme an ihrer Umgebung, ohne Klagen im Bett liegen, sich unterhalten, ihre Bedürfnisse melden, event. sogar ohne Hülfe verrichten, sich unschwer ernähren lassen u. s. w. Der Gewinn für die Pat. ist ganz augenfällig, wenn man sieht, in welch' guter Verfassung sich diese Kranken auch nach vierwöchiger Krankheitsdauer befinden, wie sie nicht das Bild der hochgradigen Abmagerung und Anaemie aufweisen, sondern wie sie mit einer Reserve von Panniculus adiposus, gutem Pulse, intacter Epidermis in die Reconvalescenz eintreten. Die allgemeine Körperreinigung und Mundpflege haben sich ohne Schwierigkeit vollzogen, ebenso die Nahrungsaufnahme, die Nächte waren ruhig u. s. w. Eine specifische Wirkung auf den Typhusprocess selbst hat Pyramidon nicht; die Krankheit geht ihren Verlauf, Complicationen können wie sonst eintreten. Autor gab stets das Mittel in Lösung 2,0 : 200,0, sodass jeder Löffel 0,15 Pyramidon enthält. Im Allgemeinen kommt man mit 1 g (7 Esslöffel) pro die aus (bei schwerer Continua mit 1,5 g); Nachts braucht gewöhnlich die Arznei nicht gegeben zu werden. Es kann nicht darauf ankommen, den Kranken grundsätzlich fieberfrei zu erhalten, es kann ganz gut mal dazwischen wieder eine kurze Exacerbation eintreten, wenn nur im Allgemeinen der oben geschilderte Effect zu Tage tritt.

(Medicin. Klinik 1906 No. 31.)

— **Einige seltene Nachkrankheiten im Verlauf des Typhus abdominalis** beschreibt Dr. M. Pfister (Medicin. Klinik Heidelberg). Im *1. Falle* (19jähr. Schüler) entwickelte sich bei einem leichten T. am Ende der zweiten Woche eine Pneumonie des rechten Unterlappens. Während der T. als solcher in normaler Weise ablief, blieb die Infiltration in der Lunge in hartnäckiger Weise bei kaum sich wesentlich änderndem Percussions- und Auscultationsbefund bestehen. Die Temperatur zeigte wechselndes Verhalten, im Allgemeinen eine Continua remittens mit der Tendenz, allmählich abzufallen, jedoch ab und zu wieder mit einige Zeit andauernden, unregelmässigen Steigerungen. Etwa am 43. Krankheitstage entleerte sich spontan durch Husten fast ½ L. reinen Eiters, dann Aufhellung eines grossen Theiles der Dämpfung über der rechten Lunge und Abfall der Temperatur, schliesslich mit nochmaliger kurzer Unterbrechung durch Fieber und Wiederansammlung von Eiter, der allmählich völlig ausgehustet wird. Ausgang in Genesung. Es handelte sich um einen Lungenabscess, der sich in dem pneumonisch infiltrirten Unterlappen gebildet hatte. Lungenabscesse sind eine seltene Complication des T. und treten noch am häufigsten metastatisch als Theilerscheinung einer allgemeinen Pyaemie auf, entwickeln sich dagegen seltener auf dem Boden einer complicirenden lobären Pneumonie. *Fall 2* bot das Bild einer Enteritis membranacea, die in der fieberfreien Convalescenzzeit auftrat. Man ist sich neuerdings wohl ziemlich einig darüber, dass eine mucöse Membranabsonderung ihre Ursache in einem Katarrh der Darmschleimhaut, und zwar hauptsächlich des Colons, haben kann (Colitis mucosa) oder aber, rein nervösen Ursprungs, auf eine eigenartige Secretionsneurose zurückzuführen sei (Colica mucosa). In diesem Falle war Colica mucosa auszuschliessen, da die Diagnose einer solchen an das Vorhandensein anderer nervöser Begleiterscheinungen geknüpft ist, welche hier fehlten. Wir müssen also die Ursache in irgend einer Reizung oder Schädigung der Darmschleimhaut suchen. Es spielen sowohl habituelle Obstipation, als auch acute und chronische Diarrhöen, Dysenterie, Vergiftungen u. s. w. bei der Enteritis membranacea eine aetiologische Rolle. In obigem Falle war wohl der Typhusprocess verantwortlich zu machen; der Reiz der diarrhoischen Dünndarmstühle, vielleicht noch erhöht durch eine specifisch toxische Wirkung, kann genügt haben, um eine membranöse Ausscheidung zu bewirken. Ein *3. Fall* war wegen seiner

auffallend steilen Fieberkurven im späteren Verlauf des T. bemerkenswerth. Wir sind gewohnt, solch' rasch und hoch ansteigendes und wieder abfallendes Fieber, verbunden mit Schüttelfrösten und Schweissen, als septisch resp. pyaemisch zu bezeichnen, hervorgerufen durch die Infection mit eitererregenden Bacillen, meist Streptokokken, welche in irgend einem Organ zu metastatischen Abscessen geführt haben. In den meisten Fällen von septischem resp. pyaemischem Fieber im Verlauf eines T. handelt es sich um Misch- resp. Secundärinfectionen mit Streptokokken. Auch im vorliegenden Fall lag höchstwahrscheinlich Secundärinfection mit Abscessbildung in irgend einem Organ, deren Nachweis durch die klinische Untersuchung nicht geliefert werden konnte, vor. Wenn wir uns vergegenwärtigen, wie labil die Temperatur, besonders bei einem durch lang andauerndes Fieber geschwächten Typhuspatienten gegenüber geringen Einflüssen sich verhält, ist es wohl möglich, dass schon ein kleiner Eiterherd solch' intermittirendes Fieber hervorbringen kann. Der rasche Uebergang zur normalen Temperatur und die schnelle Erholung des im Ganzen nicht gerade sehr erheblich gestörten Allgemeinbefindens würden auch für diese Annahme sprechen. Eine seltene Complication bot *Fall 4* dar. Am siebenten Tage setzte hier eine Somnolenz ein, die sich rasch steigerte. Bei der Section fand sich eine ausgedehnte meningeale Blutung, welche, auch zusammen mit zahlreichen Haemorrhagien in anderen Organen, die Ursache einer in den letzten Tagen aufgetretenen, auffallenden Blässe gewesen sein mochte. Solch' ausgedehnte meningeale Blutung im Verlauf des T. ist recht selten. Es lag hier nahe, an eine Gefässveränderung auf Grund einer vor einiger Zeit acquirirten Lues zu denken. T. verläuft bei Syphilitikern im manifesten Stadium überhaupt schwer, wegen der durch das Syphilisgift herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des Körpers *Fall 5* bot ein etwas complicirtes Krankheitsbild. Im Anfang der fieberfreien Zeit trat hier unter erneutem Temperaturanstieg Abort ein, wenige Tage darauf entwickelte sich eine zur Eiterung führende Parotitis, auf deren Höhestadium plötzlich eines Tages eine acute Anaemie einsetzte, die einen extremen Grad zeigte. Pat. wurde ausserordentlich blass, der Haemoglobingehalt sank auf 30%, die Zahl der rothen Blutkörperchen war vermindert, die der Leukocyten etwa um's Dreifache vermehrt. Nach einer Anfangs noch weiter zunehmenden Verminderung der rothen Blutkörperchen bis

fast auf die Hälfte der normalen Zahl und zunehmender Hyperleukocytose gingen Haemoglobingehalt und Blutkörperchenzahl zugleich mit zunehmender Besserung des Allgemeinbefindens sehr rasch wieder ihren normalen Werthen entgegen. Wie war nun diese Anaemie zu erklären? Eine Blutung konnte nirgends nachgewiesen werden. Nach Eiterungen, allerdings meist nur im Verlaufe langdauernder Processe, treten ja gelegentlich einfach anaemische Zustände auf, die auch hohe Grade erreichen können. Das so plötzliche Auftreten der Anaemie in so enorm hohem Grade wie hier ist aber durch die Parotitis allein keineswegs zu erklären, obwohl letztere einen ziemlich ausgedehnten Umfang erreichte. Eine gewisse Anaemie tritt ja bei jedem T. ein. Zwar war der Verlauf des T. in diesem Fälle Anfangs nur mittelschwer, der am 23. Krankheitstage eintretende Abort bedeutete jedoch trotz des nur mässigen Blutverlustes eine weitere Schwächung des Organismus, welcher durch die rasch zunehmende Eiterung der Parotis und den damit verbundenen Verlust an zahlreichem Material schliesslich an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit angekommen war. Es liesse sich demnach die Anaemie als die Folge einer Reihe von Momenten betrachten, ihr acutes Auftreten als ausgelöst durch die starke Eiterung der Parotis. Diese Annahme wird auch durch den weiteren Verlauf unterstützt. Nach Incision und Entleerung reichlichen Eiters fiel die Temperatur ab, und es trat eine weiterhin rasch zunehmende Besserung des Allgemeinbefindens ein. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 32.)

Vermischtes.

— **Erklärung einiger neuer Fachausdrücke,** von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden) [Forts.]:

Myatonia congenita — nicht zu verwechseln mit Myotonia — ist nach Oppenheim eine abnorme Beschaffenheit der Musculatur (der Extremitäten): sie ist nicht atrophisch im eigentlichen Sinne, aber atonisch; in typischen Fällen lassen sich die Gliedmassen passiv wie lose Anhängsel bewegen. Die Sehnenphänomene sind erheblich abgeschwächt oder fehlen ganz, ebenso die elektrische

Erregbarkeit. Die Gliedmassen erscheinen völlig gelähmt, aber es lassen sich gewisse Bewegungen auslösen. Alle sensiblen, sensorischen Functionen sind meist nicht beeinträchtigt. (Bei Vierordts „Pseudo-Paralyse des Kindesalters“ handelt es sich um ein erworbenes Leiden, bei der Myatonie um ein angeborenes.) Berliner klinische Wochenschrift 1904, No. 255.

Mydriasis, springende, ist ein abwechselndes Enger- und Weiterwerden beider Pupillen. Sie ist zu unterscheiden von der alternirenden Anisometropie, welche physiologisch entsteht durch Wechsel der Beleuchtung bei einseitiger Pupillenstarre oder aber durch spontane Pupillenveränderung einer Seite bei gleichbleibender Beleuchtung. Bielschowsky, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1903, Bd. 70, Beilage S. 308.

Negrische Körperchen = von Negri im Gehirn wuthkranker Thiere und Menschen, namentlich im Ammonshorn, regelmässig gefundene rundliche, intracellulär gelegene Körperchen von 1—27 μ Durchmesser von wabenartiger Structur, von einer Membran umgeben. Von Negri als Erreger der Lyssa angesprochen. Befund von vielen Seiten bestätigt. Negri, Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankheiten Bd. 43, S. 507.

Nephrocapsectomie = Hinwegnehmen einzelner Theile der Nierenkapsel, um neue Blutbahnen zwischen Niere und deren Umgebung herzustellen. Edebohls, Centralblatt für Chirurgie 1904, No. 7.

Nephrolysis = Lösung der Niere aus comprimirenden perinephritischen Verwachsungen unter Erhaltung der Capsula propria. Edebohls, ibid. cf. auch Nierendecapsulation.

Nierendecapsulation = Wegnahme der Nierenkapsel ohne Verletzung des Nierenparenchyms. Edebohls, Centralblatt für Chirurgie 1904, No. 7.

Ochronosis ist eine Pigmentirung der Haut, der Sklera und der Ohrknorpel, welche nach W. Osler mit Alkaptonurie in ursächlichem Zusammenhang steht. Lancet, 2. Juni 1904.

Opsonisches Serum = normales menschliches Serum, welches auf Mikroorganismen derart einwirkt, dass sie der Phagocytose erliegen. Wright cf. Neufeld und Rimpau. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 1905, No. 51, S. 299.

Für die Steinbildung in der Paukenhöhle, wie sie Kretschmann bei einem Knaben, der seit dem ersten

Lebensjahr an Ohreiterung und Abscessbildung gelitten hatte, hat Bezold den Namen Otolithiasis vorgeschlagen. Berliner klinische Wochenschrift 1903, S. 647.

Unter „Pallaesthesie" verstehen Rydel und W. Seiffer die Empfindung, welche durch Aufsetzen der schwingenden Stimmgabel auf die Körperoberfläche hervorgerufen wird. (Von πάλλεσθαι = schwingen.) Pallaesthesie erklären die Verfasser für eine von Berührung, Schmerz, Temperatur etc. verschiedene Empfindungsart. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1903, Bd. 37, H. 2.

Parasyphilis = ein Krankheitszustand, welcher mit secundärer und tertiärer Lues sowie Syphilis maligna und praecox nichts zu thun hat. Von der tertiären Syphilis unterscheidet sich die Parasyphilis durch die histologischen Veränderungen; sie hat nicht wie jene entzündlichen Charakter, dagegen den einer allgemeinen Dystrophie. Hermanides, Les affections parasyphilitiques. Jena, G. Fischer, 1903.

Paratyphus A., Typus von Brion und Kayser. Centralblatt für Bakteriologie 1906, Bd. 40, S. 285.

Als paravaccinale Hautausschläge bezeichnet Gillet solche, bei denen die Impfung nur die auslösende Ursache bei vorhandener Prädisposition bildet, wie Ekzem, Impetigo, Herpes, Strophulus; dagegen sind Roseola, allgemeines Exanthem, Urticaria und andere Ausschläge, wie nach Serumeinspritzung, als directe Reizerscheinung nach der Schutzpockenimpfung aufzufassen. Rev. mens. des mal. de l'enfance 1903, März.

Phagokaryose = eine von Detre und Sellei nach Einspritzung von Lecithin in die Bauchhöhle von Meerschweinchen beobachtete Veränderung (siebartige Durchlöcherung) der Zellkerne der grossen einzelligen Leukocyten. Berliner klin. Wochenschrift 1905, No. 30.

Photodynamie. Als photodynamische (lichtwirkende) bezeichnet v. Tappeiner Substanzen, welche im Licht weit stärker auf Infusorien wirken als im Dunkeln. Die photodynamische Wirkung solcher Substanzen (Akridin, Methylphosphin, Eosin und Chinin) tritt nur bei Strahlen bestimmter Brechbarkeit auf, wie man durch Untersuchung im prismatisch zerlegten Licht und mit Lichtfiltern nachweisen kann. Deutsche medicinische Wochenschrift 1904, Seite 579.

Pian. So wird in Französisch Indo-China die Framboesia tropica genannt, welche zwar in ihrer Erscheinung die grösste Aehnlichkeit mit Syphilis hat und auch durch Hg

und Jodkali geheilt wird, aber eine von Syphilis doch verschiedene Krankheit ist. Castellani, Deutsche medicinische Wochenschrift 1906, No. 4.

Pinta = eine in Mittelamerika verbreitete Hauterkrankung (Flecken auf Haut und Schleimhäuten), nach Sandwith verursacht durch Trichophyton pictor. Brit. med. Journ. 1905, No. 2341.

Piroplasma Donovani (siehe Leishman'sche Körperchen). (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 12.)

(Fortsetzung folgt.)

— **Zur Erleichterung der Paracentese,** welche bei ungeberdigen Pat., grösseren Kindern etc. oft recht erschwert ist, verband Dr. Stiel (Cöln a. Rh.) eine Paracentesennadel in der Weise mit dem Ohrtrichter, dass erstere in einer Hohlrinne des Trichters gleitet. Die Vortheile sind folgende:

1. kann die Nadel zugleich mit dem Trichter in den Gehörgang ohne Wissen des Pat. eingeführt werden, da die Nadel vom Trichter festgehalten wird. Es tritt keine Beunruhigung und kein Abwehren ein, und die Operation gelingt durch Ueberraschung des Pat. ausserordentlich leicht und sicher;
2. durch das Gleiten in der Rinne des Ohrtrichters wird der Nadel den Weg zum Trommelfell vorgeschrieben, eine leichte Drehung des Trichters nach oben oder unten, nach rechts oder links verändert die Stellung der Nadel und bestimmt das Eindringen in die zu durchschneidende Parthie des Trommelfells.

Die Reinigung des Instrumentes*) ist durch Herausnahme aus der Rinne gewährleistet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 16.)

*) Firma Kühne, Sievers & Neumann in Cöln.

Für den redactionellen Theil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am Anfang eines jeden Monats. — **№ 2.** Preis des Jahrgangs 5 Mk. excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

November XVI. Jahrgang 1906

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. **Wie sterilisirt man Laminariastifte? Wie bewahrt man sie steril auf?** Auf diese Fragen wird folgende Antwort ertheilt: „Laminariastifte werden entweder zehn Minuten in Sublimatalkohol (absol.) gelegt oder einmal darin aufgekocht. Eine sterile Aufbewahrung ist deshalb unmöglich, da die Stifte durch Sterilisiren im Dampf aufquellen und dann nicht mehr zu verwenden sind. In der Praxis reibt man die trockenen Stifte vor dem Gebrauch mit Seifenspiritus oder Sublimatalkohol ab.“

(Briefkasten der „Medic. Klinik“ 1906 No. 30.)

— **Zur Frage der Kathetersterilisation** liefern Dr. R. Hottinger und Dr. O. Kohlbrunner (Zürich) einen werthvollen Beitrag, nachdem sie die *Sterilisirungs- und Conservirungsmethode mit Sublimatglycerin* von Wolff (Karlsruhe) nachgeprüft haben. Diese besteht darin, dass die mechanisch (nur mit Sublimat oder Lysol oder Seifenwasser) innen und aussen gereinigten Katheter (und Sonden) in Sublimatglycerin (1‰ Glycerin und Wasser $\bar{aa}$) aufbewahrt werden, resp. bis zum Gebrauch darin belassen werden; das geschieht am einfachsten in Glasröhren mit gutem Verschluss, die auch in der Instrumententasche mitgeführt werden können. Die Autoren haben sich ein besonderes Rohr construirt; sein oberes Ende ist gewellt; darüber wird ein röhrenförmiger Deckel gestülpt, dessen Wandung ein Kautschukrohr ist; der Deckelboden ist aus Hartgummi (wegen des Sublimats nicht aus Metall) und trägt einen in das Rohr hineinragenden Stift zur Herausnahme der

Katheter. Die Autoren unternahmen es also, jene Methode nochmals in Bezug auf die Ansprüche der Praxis zu prüfen, um zu sehen, ob sie als zuverlässig empfohlen werden kann. Zunächst heben sie hervor, dass die Instrumente durch das Verfahren nicht leiden und dass sie auch Reizerscheinungen der Urethra durch das an den Instrumenten haftende Sublimat nie beobachtet haben; sie haben allerdings nur selten einen Katheter direct aus jener Lösung eingeführt, sondern ihn meist noch mit einer der wasserlöslichen antiseptischen Gummiglycerinlösungen übergossen. Was nun die Prüfung der Leistungsfähigkeit der Methode selbst anbelangt, so wurde zuerst der bacteriologische Schulversuch, der Fadenversuch ausgeführt. Derselbe gab sehr befriedigende Resultate. Sodann wurden, um die Einwirkung des Sublimatglycerins auf inficirte Katheter zu studiren, noch Sterilisationsversuche mit ganzen Kathetern angestellt, und zwar mit älteren, schon längere Zeit in Gebrauch gewesenen, meist etwas defecten Seidenlack- und Nelatonkathetern, deren Infection mit Reincultur so geschah, dass die Katheter in Bouillon gelegt und diese dann geimpft wurde, oder auch so, dass die Katheter in frische Bouillonculturen gelegt wurden. Solche Katheter wurden nun durch 24stündige Einwirkung von $1^0/_{00}$ wässerigem Sublimatglycerin desinficirt. Da es für die Praxis genügt, dass Katheter binnen 20 Stunden desinficirt werden, genügt also jenes Verfahren den Ansprüchen der Praxis. Aber auch dann, wenn eine raschere Desinfection bezweckt werden soll, können wir uns ruhig auf das Sublimatglycerin verlassen, weil in der Praxis die Katheter innerhalb kürzerer Zeit durch dasselbe desinficirt werden, als wie es beim bacteriologischen Versuch demonstrirt werden konnte. Denn, abgesehen davon, dass für diesen ohnehin ungünstige Verhältnisse künstlich geschaffen werden, besteht puncto Keimgehalt des in der Praxis inficirten Katheters in Folge der Art der Infection, der Menge und Virulenz des Materials ein grosser Unterschied gegenüber dem im Brutschrank inficirten Katheter. Ferner müssen wir bei der Desinfection doch die Wirkung der mechanischen Reinigung in Betracht ziehen, welche die Autoren bei ihren Versuchen nicht zu Geltung kommen lassen konnten, da die Katheter mit Reincultur inficirt waren und man im Interesse der Sicherheit des Ergebnisses nicht riskiren durfte, anlässlich einer mechanischen Reinigung eine Mischinfection zu verursachen, da man nicht hätte beurtheilen können, ob die angegangenen Culturen erst

durch nachträgliche zufällige Verunreinigung entstanden wären oder nicht. Wie wichtig aber die der chemischen Desinfection vorausgehende mechanische Reinigung ist, hat man ja schon genügend dargethan, und es ist deshalb auch klar, dass mechanisch gereinigte Katheter rascher desinficirt werden als nicht gereinigte. Bedenkt man ferner noch, welche Rolle im Katheterwesen die Qualität der Katheter spielt, welche Bedeutung bei den Seidenkathetern dem guten Zustand der Lackschicht und bei dem Gummikatheter der Glätte und Dichte der Wandungen zukommt, so ist auch leicht ersichtlich, dass, wenn jene alten, gebrauchten, defecten, nicht mechanisch gereinigten Seiden- und Gummikatheter in 20 Stunden desinficirt wurden, gut erhaltene und mechanisch gereinigte Katheter bedeutend rascher durch Sublimatglycerin desinficirt werden. Stellt man nun die Sterilisationsmethode nicht metallischer, urologischer Instrumente durch kochendes Wasser und die durch die 1‰ Sublimatglycerinlösung in ihrer Beziehung zum aseptischen Katheterismus einander gegenüber, so hat die letztere vor der ersteren die Vorzüge, dass sie die Instrumente beliebig lange steril konservirt und dass sie nicht nur aseptische, sondern antiseptische Instrumente liefert, was eben in Rücksicht auf die bei der Einführung der Instrumente allzuleicht vorkommende Verunreinigung der Katheter etc. nicht gleichgültig ist.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1906 Nr. 16.)

– **Zur Herstellung von Silberkautschukseide,** den er als Ersatz für den Silberdraht für versenkte Nähte sich bereitet hat, giebt Dr. Wederhake (Friedrich-Wilhelm-Hospital zu Bonn) folgende Anordnungen und Erklärungen:

1. Die zu präparirende Seide wird auf dicke Kocher'sche Drains oder besser auf Glasplatten aufgewickelt, dann in Aether und weiter in Alcohol. absol. je zwölf Stunden entfettet.
2. Sie wird in 10%ige Wasserstoffsuperoxydlösung übertragen, in welcher sie 20 Minuten verbleibt.
3. Von hier aus gelangt sie in eine Silbersalzlösung, die man folgendermaassen herstellt: Zu 30 ccm einer 1%igen wässrigen Lösung von Arg. nitr. tropft man so lange officinelle Kalilauge, bis der entstehende schwarzbraune Niederschlag durch einen weiteren Tropfen Kalilauge nicht mehr verstärkt wird. Im Ganzen sind etwa zehn Tropfen Kalilauge erforderlich. Zu dieser schwarzbraunen Flüssigkeit setzt man Tropfen für Tropfen

unter ständigem Umschütteln so lange Salmiakgeist, bis der durch die Kalilauge hervorgerufene Niederschlag vollständig aufgelöst und die Flüssigkeit wasserklar und durchsichtig geworden ist. — In der Silberlösung bleibt die Seide etwa eine Stunde. Nach dieser Zeit ist die Imprägnirung mit reinem, moleculärem Silber beendigt, sodass die Seide eine tiefschwarze Färbung angenommen hat und einen deutlichen Silberspiegel aufweist. Man überzeugt sich, dass die Silberimprägnirung möglichst gleichmässig stattgefunden hat, besonders noch dadurch, dass man Querschnitte von der Seide anfertigt, die ebenfalls schwarz sein müssen und keine weissen Fleckchen mehr aufweisen dürfen.

4. Jetzt trocknet man die so gewonnene Silberseide im Trockenschrank bei etwa 100° und bringt sie nach dem Trocknen
5. in reines Chloroform auf zwei Stunden.
6. Nach dieser Zeit kommt die Seide in eine Chloroformkautschuklösung (8 g schwarzen Kautschuks*) werden in 50 ccm Chloroform gelöst) und bleibt hier zwölf Stunden. Dann wird die Seide kurz in Chloroform abgespült, getrocknet, in 1‰ige Sublimatlösung gebracht und in derselben zehn Minuten gekocht und aufbewahrt.

Jetzt ist das Nahtmaterial gebrauchsfertig. Dieselbe Methode ist auch für Zwirn, Hanf etc. brauchbar.

Die einfache Silberseide wird in folgender Weise hergestellt: Man bringt die Seide in eine 10%ige Wasserstoffsuperoxydlösung auf eine Stunde und überträgt sie dann in ihren schwächeren Nummern eine Stunde, in ihren stärkeren Nummern zwei Stunden in die angegebene Silberlösung. Nach der Imprägnierung mit Silber wird die Seide in 1‰ Sublimat 10 Minuten gekocht und aufbewahrt.

Welche Vortheile hat nun die Silberkautschukseide?

1. Sie ist schon durch die Herstellungsmethode selbst steril und antiseptisch geworden, wie ich durch bakteriologische Untersuchungen, die an anderer Stelle mitgetheilt werden sollen, nachweisen konnte. — Sie kann, wenn nötig, vor jedem Gebrauche durch Kochen in 1‰igem Sublimat nachsterilisirt werden.
2. Sie ist nicht mit wässrigen Flüssigkeiten imbibirbar,

*) Zu beziehen: Ash & S., zahnärztl. Depot, Berlin.

wäre demnach auch nicht inficirbar, selbst wenn sie in ihrem Innern kein Antisepticum enthielte. Diese Eigenschaft sichert also eine Sterilität des Fadens auch dann, wenn derselbe versenkt wird, und zufällig Keime in die Nähe gerathen sollten.

3. Die Festigkeit des Nahtmaterials wird durch die Imprägnirung mit Silber und Kautschuk nicht nur nicht beeinträchtigt, sondern sie nimmt noch um ein Drittel zu, wie meine Belastungsversuche dargethan haben.
4. Die Herstellungsweise ist einfach und billig. Jeder Arzt kann sich seine Silberkautschukseide selbst bereiten.

Wir haben also in der Kautschuksilberseide ein Nahtmaterial, welches für versenkte Nähte die guten Eigenschaften des Silberdrahtes mit denjenigen der Seide vereinigt und dessen exacte Herstellung nach der gegebenen Vorschrift sich lohnt. Für die äussere Naht bleibt der Silberdraht weiter in Gebrauch.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 35.)

Augenentzündungen. **Die Anwendung des Aristolöles in der Augenheilkunde** bespricht Dr Binder (Graz) und theilt seine sehr günstigen Erfahrungen mit. Die Hauptdomaene bilden die ekzematösen Augenerkrankungen. Bei jeder Form, sowohl bei der solitären Conjunctivalphlyktäne, bei den multiplen sandkornförmigen Randphlyktänen, wie bei der Keratitis phlyctaenulosa bewährte sich das Aristolöl bestens. Ueber die Wirkung desselben auf ein schweres Ulcus phlyctaenulosum ist folgendes zu sagen: Nach einigen Einträufelungen verschwindet der starke Blepharospasmus, die Secretion geht langsam zurück, das Ulcus beginnt sich zu reinigen etc. Vor der Aristolanwendung träufelt man bei sehr starker Reizung etwas Cocain ein. Auch bei Blepharitis wirkt Aristolöl recht günstig ein, nicht nur auf die scrophulösen Formen. Bei den gewöhnlichen Blepharitiden stellt das Aristolöl oft das ultimum refugium dar, wenn die Haut alle anderen Mittel nicht mehr verträgt. Auch die Hornhauterosionen und die Substanzverluste nach Fremdkörperextractionen sind ein Feld für Aristolöl, ebenso Verbrennungen und Verätzungen. Bei letzteren wird, nach Reinigung der Conjunctiva, reichlich Aristolöl eingeträufelt und die Lider mit in Aristolöl getränkten Läppchen bedeckt. Aristolöl wird in kleinen Fläschchen abgegeben von der „Victoria-Apotheke“, *Dr. Laboschin*, Berlin S.W. 48.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

— **Ueber Behandlung mit Hetol bei Keratitis parenchymatosa** macht Dr. P. Cohn (Mannheim) Mittheilung. Derselbe träufelte bei zwei Fällen von Keratitis parenchymatosa (anfangs neben Atropin) Hetol 1% mit 1%igem Cocainzusatz in physiologischer Kochsalzlösung (trotzdem war die Application etwas schmerzhaft) täglich zu drei Tropfen ins afficirte Auge ein und hatte damit recht befriedigende Erfolge. Die Fälle zeigten, dass Hetol auch bei einfacher Einträufelung in die Conjunctiva einen günstigen Einfluss auf den Verlauf von Keratitis parenchymatosa im acuten und subacuten Stadium ausübt, auch wenn die Iris mit ergriffen ist. Ob nun die beiden Krankheitsfälle ätiologisch als hereditär-luetisch oder als tuberculös aufzufassen waren, darüber zu urtheilen war nicht möglich; nach Landerer konnte es wahrscheinlich sein, dass, aus dem Heilerfolg zu schliessen, die Fälle als tuberculös zu deuten waren. Doch ist es möglich, dass auch bei anderer Aetiologie eine Heilwirkung mit Hetol zu erreichen ist und dass das Mittel nicht spezifisch ist, sondern nur durch Reizung, durch Anfachung einer Leukocytose, die Naturheilung unterstützt und beschleunigt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 25.)

— **Die Behandlung der scrophulösen Hornhaut-Geschwüre mit 50%iger Milchsäure-Lösung** empfiehlt Dr. Br. Sylla (Bremen). Bei jenen Infiltraten der Hornhaut selbst, besonders derjenigen der *Keratitis fascicularis* (auch „band- oder buschelförmige“ genannt), deren vorwärts wuchernder, halbmondförmiger, infiltrirter, grauer Rand eine starke Verödung verlangt, hat Autor mit bestem Erfolg diese Therapie angewandt. Die Geschwüre reinigten sich schnell und die Narben waren so zart, wie nach keiner anderen Aetzung. Man cocainisirt die Hornhaut, spitzt ein Zündhölzchen an, umwickelt dessen Spitze dünn mit Watte und taucht sie dann in ein paar Tropfen einer Lösung von Acid. lactic. und Aq. dest. $\overline{aa}$. Damit verschorft Autor dann zuerst den progressiven Halbmond, hierauf den Grund des Geschwürs und das zuführende Gefässbüschel bis über den Hornhautrand hinaus auf die Augapfelbindehaut hinüber. An dem Weisswerden der geätzten Stelle ersieht man, ob noch genügende ätzende Lösung an der Watte haftet, sonst wickelt man etwas neue Watte um das Hölzchen, taucht wieder ein und ätzt weiter. Ebenso geht man auch bei Infiltraten vor, welche durch Epithelverlust zu Geschwüren mit grauweissem Grunde geworden sind. Zur Bekämpfung

des der Aetzung folgenden Schmerzes und Reizes lässt Autor ½ Stunde hindurch Umschläge mit kaltem Wasser machen und Atropin einträufeln. Nach 48 Stunden ist gewöhnlich der Aetzgrund in der Reinigung begriffen. Autor pulvert dann zur Beschleunigung des Abstossens der verschorften Massen etwas Dionin ein und lässt danach warme Umschläge mit Borlösung oder einer solchen von Hydrarg. oxycyanat. (1:10000) machen, welche Behandlung in den nächsten Tagen fortgesetzt wird. Am sechsten bis siebenten Tage spiegelt gewöhnlich der verschorfte Grund und ist in seiner ganzen Länge nur eine zarte graue Narbe erkennbar, welche unter weiterer Einpulverung von Dionin immer unsichtbarer wird. Autor hat eine ganze Reihe derartiger seines Epithels beraubter Hornhautinfiltrate mit schmutzigem Grunde und event. progressivem Geschwürsgrunde, auf scrophulöser Basis entstanden, so behandelt und hat stets baldige Heilung erzielt. Freilich muss man ja die Aetzung des Gefässbüschels bis auf den Ursprung der Blutgefässe in der Augapfelbindehaut ausdehnen. Ein Recidiv verhütet man, indem man die, fast immer vorhandene, Rachenmandel entfernen lässt. Seit 17 Jahren hat Autor diesen Modus consequent durchgeführt und damit ausgezeichnete Erfolge in der Bekämpfung der scrophulösen Augenerkrankungen, sowie der Scrophulose überhaupt, gehabt.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 20. Sept. 1906.)

Blutungen. **Ueber kindlichen Scorbut** lässt sich Geh. San.-R. Dr. H. Rehn (Frankfurt a. M.) aus. Schon 1893 hat Autor ausgesprochen: „Die sogenannte acute Rhachitis stellt eine Erkrankung der ersten Lebensjahre dar, welche sich mit den gegebenen Merkmalen als eine tiefe Ernährungsstörung, resp. hämorrhagische Diathese charakterisirt, eine Diathese, welche durch die vorwiegend angetroffenen subperiostalen B. ein besonderes Gepräge erhält und mit Wahrscheinlichkeit dem Scorbut zuzurechnen ist, möglicher Weise aber auch eine neue eigenartige Affection darstellt. Der Name „acute Rhachitis“ ist jedenfalls zu streichen. Der Process hat nach unserer Ansicht mit der Rhachitis direct nichts zu thun.“ Auch heute erklärt Autor jene „Barlow’sche Krankheit“ noch für einen dem Erwachsenenscorbut analogen Process, dessen ursächliches Moment in der weitaus grössten Zahl der kindlichen Erkrankungen in dem Mangel der natürlichen oder, besser gesagt, der frischen, lebendigen Nahrung gelegen ist.

Autor sah die Affection nur bei künstlich ernährten Kindern, und zwar in den letzten Jahren bei Ernährung mit Kindermehl mit ungenügendem Zusatz von abgekochter Milch in einer Mehrzahl von Fällen, sodann bei Backhaus- und Gärtnermilch, in einigen wenigen Fällen auch bei im Soxhlet länger als zehn Minuten sterilisirter Milch, einmal bei nachgekochter, vorher pasteurisirter Milch. Alle Patienten waren Kinder von 7—12 Monaten aus sehr gut situirten Familien. Da die grosse Mehrzahl der Erkrankungen bei der Ernährung mit meist hochsterilisirter Milch beobachtet wird, so weist alles darauf hin, dass durch den Process der Sterilisirung der Milch eine Eigenschaft entzogen wird, welche der frischen Milch innewohnt. Dies wird durch den raschen Heileffect der letzteren zur Evidenz bewiesen. Hierin ist nun zugleich die Berechtigung zu der Annahme begründet, dass es sich bei der Barlow'schen Krankheit weder um eine bakterielle Infection, noch um eine chronische Intoxikation handelt und ebensowenig um eine Erkrankung des Knochenmarks wie der Blutgefässe. Die Symptome des Leidens sind bekannt. Autor möchte aber dem Praktiker einige Hinweise zu der so wichtigen Frühdiagnose geben. Er sagt: „Wenn mir ein Kind in dem Alter von 5—15 Monaten zugeführt wird, welches, künstlich ernährt, an Appetitlosigkeit, unruhigem Schlaf leidet und beim Ankleiden, Waschen etc. wimmert oder heftig weint, so denke ich stets an Scorbut und nie an Rhachitis. Wenn ich ferner höre, dass das Kind das eine oder das andere Beinchen weniger bewegt, ja, vielleicht gar nicht bewegt, und wenn ich finde, dass dasselbe schon bei leichtem Druck auf die untere Diaphysengegend des Oberschenkels oder die obere oder untere des Schienbeines Schmerzäusserungen zu erkennen giebt, so wird die Wahrscheinlichkeit schon zur Gewissheit, besonders dann, wenn, wie nicht selten, sich noch eine leichte, aber deutliche Röthung des Zahnfleisches an durchgebrochenen oder im Durchbruch befindlichen Zähnchen nachweisen lässt. Die nicht weniger häufige Erkrankung der Rippen — an der Knochenknorpelgrenze — lässt sich in gewöhnlichen Fällen aus Schmerzäusserungen des Kindes beim Umfassen des Brustkorbes vermuthen. Dabei hat sich der Arzt zu hüten, die bekannten Verdickungen (Rosenkranz) ohne weiteres als der Rhachitis zugehörig anzusehen, da ähnliche Formveränderungen auch bei reinem Scorbut vorkommen, wenn auch auf anderer anatomischer Grund-

lage. Hier wächst entweder der relativ harte Knorpel in die brüchige Spongiosa der knöchernen Rippe hinein und wird von der auseinander getriebenen Rinde zwingenartig umfasst, oder aber der Rippenknorpel sinkt von dem brüchigen Knochenende nach der Pleuraseite ab. In beiden Fällen bildet das knöcherne Rippenende den betreffenden Vorsprung. Bei dem selteneren Ergriffensein der Arme, besonders der Vorderarme, begegnet man denselben Gefühls- und Bewegungsstörungen, wie an den Beinen. Wenn ich schliesslich noch hinzufüge, dass — die scorbutische Zahnfleischerkrankung als hinreichend bekannt vorausgesetzt — blutige Suffosionen an den Augenlidern, vom schwachen Rosa bis zu tiefem Blauschwarz, ein sicheres Zeichen der Erkrankung sind, und dass ferner die selteneren Nieren- und Darmblutungen gleicherweise als diagnostische Behelfe dienen können, so glaube ich alles für den Praktiker Wissenswerthe erwähnt zu haben.“ Was nun die Therapie anbelangt, so lässt Autor, wenn keine Darmstörung besteht, ohne Bedenken ungekochte Milch reichen, weil er sich auf Grund langjähriger Erfahrung zu der Annahme berechtigt glaubt, dass eine Uebertragung der Kindertuberculose auf das Kind durch die Milch mindestens zu den grössten Seltenheiten gehört. Nach eingetretener Besserung und in leichten oder Frühfällen sofort, lässt er kurz aufgekochte Milch nehmen (daneben natürlich auch Fleischsaft, Orangensaft, event. Gemüse etc.). Bei dieser Therapie hat er bisher noch keinen Todesfall erlebt, obwohl auch recht schwere Fälle zu behandeln waren. Auch den Darmcomplicationen, welche wohl selten dem Scorbut, sondern stets einer complicirenden Rhachitis zugehören, stehen wir nicht ganz machtlos gegenüber. Jüngeren Kindern kann man durch Brusternährung Hülfe bringen, die Ernährung älterer durch vorausgeschickte Ernährung mit Fleischthee, frisch ausgepresstem Fleischsaft, rein oder mit Schleim gemischt, kleine Gaben von Portwein etc. zur Kuhmilch überleiten. Auf Medicamente hat Autor stets verzichtet. Dagegen möchte er die Ruhelagerung der unteren Extremitäten durch nebengelegte Sandsäcke oder durch Einlagerung in Pappschienen empfehlen, auch wenn keine sogenannten Epiphysenlösungen vorliegen. Der Bewegungsschmerz wird beschränkt, die Aufsaugung der Blutergüsse begünstigt, dem Auftreten neuer B. vorgebeugt. Bei schweren Ergüssen an beiden Beinen ist das Einlegen des Kindes in eine Bonnet'sche Drahthose, mit Watte

gut ausgepolstert, von ausserordentlichem Werth, weil es Aufheben und Reinigen des Kindes ohne Bewegung der erkrankten Theile gestattet. Gypsverbände passen nie im floriden Stadium, weil sie durch Druck lebhaften Schmerz erzeugen, während sie bei abgelaufenem Process und bestehenden Epi-Diaphysentrennungen am Platze sein können. Auch Bäder sind in der Schmerzperiode zu vermeiden. Eine schwere Rhachitis stellt eine sehr ernst zu nehmende Complication vor und muss sorgfältigst behandelt werden. Autor hat mit Phytin (Pflanzenphosphor) recht günstige Erfahrungen gemacht. (Medicin. Klinik 1906 No. 28.)

— **Sterilisirung von Gelatine für Tamponadezwecke,** so lautet eine Mittheilung von Dr. Hochheim (Halle), der als zuverlässiges Mittel *bei schwereren Nasenblutungen Tamponade mit mit flüssiger Gelatine getränkter Jodoformgaze* empfiehlt. Nun kann bekanntlich Gelatine Tetanusbacillen enthalten. „Aus diesem Grunde muss die Gelatine, wenn man sie nicht keimfrei aus der Chemischen Fabrik von E. Merck in Darmstadt beziehen will oder wegen der Kostspieligkeit nicht beziehen kann, sterilisirt werden. Dies geschieht durch $2^1/_2$ stündiges Kochen der gewöhnlichen weissen Gelatineblätter, wie sie in der Küche gebraucht werden, im Wasserbade. Durch anhaltendes Kochen verliert die Gelatine aber die Fähigkeit, wieder zu erstarren. Da erstarrte Gelatine für den Transport auf Praxis jedoch sehr erwünscht ist, so bedarf es eines „Kniffes“, um das Festwerden zu erzielen. Dieser „Kniff“ ist die fractionirte Sterilisation. Um z. B. eine $5^0/_0$ige Gelatine herzustellen, geht man folgendermaassen vor: Man lässt 20 g Gelatineblätter in 500 g Leitungswasser — nicht 400 g, weil 100 g verkochen — in einer Kochflasche 12—24 Stunden quellen. Dann kocht man diese trübe Masse eine halbe Stunde bei öfterem Umschütteln im Wasserbade, filtrirt sie durch Glaswolle (kann ausgewaschen und später wieder benutzt werden) in Reagensgläschen hinein, verschliesst diese mit Wattestopfen, die nicht steril zu sein brauchen, und kocht diese verschlossenen Gläser im Wasserbade partienweise vier Mal eine halbe Stunde (etwa drei Mal 20 Gläser), also nicht zwei Stunden hintereinander. Die erste Portion ist, wenn die letzte aus dem Bade kommt, wieder erstarrt. Durch diese fractionirte Sterilisation verliert die Gelatine nicht die Fähigkeit zu erstarren; man erhält auf diese Weise eine $5^0/_0$ige sterile und, falls der Wattestopfen

nicht gelüftet wird, ad infinitum haltbare Gelatine für die Tamponade. Braucht man ein Röhrchen, so giesst man die über einer Petroleumlampe erwärmte und verflüssigte Gelatine in ein steriles Schälchen und tränkt damit die Gaze.“ (Die ärztliche Praxis 1906 No. 16.)

— **Ein Apparat zur schnellen und beinahe kostenlosen Beschaffung von sterilem Verband- und Tamponadematerial,** besonders für den Landarzt recht nützlich, ist von Dr. Al. Schmidt (Altona) construirt worden.*) Der Apparat, welcher in wenigen Minuten aus einer beliebigen Mullbinde steriles Verband- und Tamponadematerial herstellt, ähnelt einem starken und breiten Nussknacker, zwischen dessen Branchen sich zur Aufnahme und späteren Abrollung der Binde zwei je nach der Breite der letzteren verschiebbare Spitzen befinden. Diese bilden die Achse der aufzunehmenden Binde. Mit der Binde ausgerüstet wird der Apparat zusammen mit den übrigen Instrumenten gekocht. und die nasse Binde zwischen den starken Branchen kräftig trocken gepresst. Die Binde kann dann direkt vom Apparat abgerollt und zu Tampons, Tupfmaterial etc. benutzt werden. Eine Binde z. B. vor Beginn der Sprechstunde gekocht, bleibt im Apparat und wird von Fall zu Fall in kleinere Stücken zerschnitten.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 34.)

Diabetes. **Ueber Abkühlung-Glykosurie** macht Dr. K. Glaessner (k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung“ in Wien) interessante Mittheilungen. Seit Jahren hat Bamberger die Beobachtung gemacht, dass bei Personen, welche den Tod durch Ertrinken suchen und so längere Zeit hochgradiger Kälteeinwirkung ausgesetzt waren, Zucker im Urin auftritt. Seit einem Jahr hat sich nun Glaessner mit dieser merkwürdigen Erscheinung befasst und beschreibt jetzt vier Fälle, bei welchen jenes Symptom besonders prägnant auftrat. Nicht alle Fälle, die eine hochgradige Abkühlung im Wasser erlitten haben, reagieren mit Glykosurie. Von den im letzten Jahre beobachteten neun Fällen waren es nur vier, welche dies thaten. Vielleicht spielt da die Dauer der Abkühlung eine Rolle, auch kommt es sehr darauf an, zu welchem Zeitpunkt man die Prüfung des Harns vornimmt. Es sind nämlich immer die ersten Portionen des Urins, welche die pathologischen Harn-

*) Hersteller: Leonhard Schmidt & Co. in Hamburg.

bestandtheile enthalten. Kommt der Patient erst nach längerer Zeit zur Beobachtung, so ist gewöhnlich keine Glykosurie nachweisbar. Jedenfalls verschwindet sie stets nach kurzer Zeit. Es handelt sich also um eine passagere Erscheinung. Ferner ist es wichtig zur Entdeckung einer solchen transitorischen Glykosurie, den Urin portionsweise aufzusammeln und jede Portion gesondert zu untersuchen, da die im allgemeinen nicht grossen Zuckermengen bei der Harnfluth, die sich in Folge des geschluckten Wassers einstellt, leicht übersehen werden können. Was nun obige vier Fälle anbelangt, so war in dem ersten bemerkenswerth, dass zuerst Eiweiss ausgeschieden wurde und erst in der zweiten Harnportion Zucker, sodann dass das in der ersten Portion abnorm hohe specifische Gewicht (1033) mit dem Eintritt der Harnfluth, die zugleich den Zucker führte, sank. Im zweiten Falle war die Zuckerausscheidung eine sehr hohe (in der ersten Portion 1,1%), welche rapid absank (in der zweiten Portion 0,1%). Das Verhalten des specifischen Gewichtes war ähnlich wie beim ersten Fall; allmählich hob es sich wieder zur Norm, während gleichzeitig der Zuckergehalt abnahm. Fall 3 ähnelte in vieler Beziehung dem vorigen. Auch hier erst ein zuckerfreier Urin mit hohem specifischen Gewicht, dann Harnfluth mit beträchtlicher Zuckerausscheidung, die allmählich abklang, während das specifische Gewicht normale Werthe annahm. Fall 4 entsprach seinen Vorgängern. Da es nicht ausgeschlossen war, dass bei diesen Fällen eine Anlage zur Glykosurie überhaupt bestand, wurde auf Vorhandensein einer alimentären Glykosurie geprüft. Die Patienten erhielten nüchtern je 100 g Dextrin; keiner zeigte eine Spur von Zucker. Araki hat ausser bei Thieren nach energischer Abkühlung Glykosurie erzielen können; er wies Eiweiss, Zucker und Milchsäure nach. Da Araki in früheren Versuchen nach Einwirkung von Giften, wie Kohlenoxyd, Phosphor, arsenige Säure, Curare und Strychnin ähnliche Verhältnisse vorgefunden hatte, ist er geneigt, die auftretende Glykosurie und Milchsäureausscheidung als Folge auftretenden Sauerstoffmangels zurückzuführen, der die Oxydationen im Organismus herabsetzt und so die Verbrennung des Zuckers verhindert. Da aber Sauerstoffmangel auch gesteigerten Eiweisszerfall im Körper erzeugt, so dürfte die vermehrte Milchsäureausscheidung aus zwei Factoren — gesteigerter Protoplasmazerfall und herabgesetzte Oxydation — herzuleiten sein. In obigen vier Fällen wurde nun auch auf Milchsäure untersucht, und

es wurden die an Thieren erhobenen Befunde bestätigt. Interessant war die Thatsache, dass erhebliche Mengen von Milchsäure zur Ausscheidung kamen und dass Glykosurie und Milchsäureausfuhr mit einander streng parallel gingen, ein Zeichen, dass diese beiden Symptome eine gemeinsame Stoffwechselstörung zur Ursache haben müssen. Erwägungen und Beobachtungen legten nahe, dass bei der Abkühlungsglykosurie zwei Momente ätiologisch eine Rolle spielen: abnorm gesteigerte Muskelthätigkeit und Sauerstoffmangel. Und die praktische Bedeutung der gefundenen Thatsachen? Da beim D. mellitus Milchsäureausscheidung nicht stattfindet und auch bei der alimentären Glykosurie eine solche nicht beobachtet worden ist, so wäre die Milchsäureausscheidung im Verein mit der transitorischen Glykosurie für Zustände, welche die Oxydationen des menschlichen Körpers plötzlich herabsetzen, charakteristisch. Dahin würde eine Reihe von Vergiftungen und hochgradige Abkühlung gehören. Forensisch erscheint es wichtig, dass man zur Entscheidung der Frage, ob jemand den Tod durch Ertrinken gefunden hat, oder ob sein Leichnam erst post mortem ins Wasser gerathen ist, den Nachweis von Zucker oder Milchsäure im Urin benützen könnte. Auch über den Zeitpunkt des Ertrinkens dürfte der positive Nachweis der pathologischen Harnbestandtheile event. Aufschluss geben können.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 30.)

— **Epileptiforme Krämpfe bei D. mellitus** sind bisher nicht häufig beobachtet worden. Am bemerkenswerthesten ist ein Fall von Redlich; bei diesem, der einen 35 jähr. Diabetiker schwerster Art mit ca. 400 g täglicher Zuckerausscheidung betraf, fanden sich rechtsseitige Hemiparesen und Aphasie, welche in ihrer Intensität ungemein wechselten. Die Section ergab im Centralnervensystem weder makroskopisch noch mikroskopisch pathologische Veränderungen, mit Ausnahme einer stärkeren Füllung der grösseren und kleineren Blutgefässe, wie sie Frerichs nahezu constant bei Diabetikern im verlängerten Mark fand. Redlich's Fall war nun auch noch in anderer Beziehung interessant, da in seiner Arbeit ein Symptom Erwähnung findet, das nur in wenigen Krankheitsgeschichten wiederkehrt; er schreibt nämlich, dass in der hemiparetischen Körperhälfte plötzlich Krämpfe einsetzten, welche anfallsweise auftraten: „Dieselben beginnen mit tiefen, von lautem Geräusch begleiteten Inspirationen,

darauf folgt ein kurzdauerndes Stadium tonischer Krämpfe im rechten Facialis und in der rechten Halsmuskulatur, an das sich ein länger dauerndes Stadium klonischer Krämpfe anschliesst, und zwar im rechten Facialis und der rechten Kiefermuskulatur, wobei das Gesicht und Kinn nach rechts verzogen wird, Krämpfe in der rechten Halsmuskulatur mit Auf- und Absteigen des Kehlkopfes, Zuckungen im rechten Arm.“ Auch für diese bis ans Lebensende sehr häufig wiederkehrenden Krampfanfälle konnte auf dem Sectionstisch keine pathologische Veränderung gefunden werden. — Jetzt beschreibt Dr. Alfred Stauder (Nürnberg) einen Fall von D. bei einer 53jährigen Frau und fügt folgende epikritische Bemerkungen bei, aus denen auch die wichtigsten Details der Beobachtung zu ersehen sind: „Der vorliegende Fall hat mit dem Redlich's viele Aehnlichkeiten. Hier wie dort halbseitige Krämpfe in den Halsmuskeln, welche in unserem Falle nur noch isolirter auftreten und sich lediglich auf die Seitwärtsdreher des Halses, die Mm. sternocleidomastoideus, obliquus capit. intern. und obliquus colli, beschränken. Hier wie dort sind die den Arm erhebenden Schultermuskeln, ferner die Oberarmmuskulatur in die Krämpfe mit einbegriffen; dagegen fehlt in dem Falle W. die Betheiligung des Facialis, der Speichelfluss, alle die zum Tode führenden schweren Symptome, Hemiparese, Aphasie, während im Falle Redlich's eine Betheiligung der Augenmuskulatur nicht erwähnt ist. Zunächst war man gezwungen, den eigenartigen Symptomencomplex auf eine besondere Erkrankung der Hirnrinde, auf eine im Bereich der vorderen Centralwindung der rechten Hemisphäre streng localisirte Blutung oder auf einen Erweichungsherd zu beziehen. Die Diagnose erfuhr jedoch eine wesentliche Aenderung, als nur wenige Tage nach Anwendung grosser Alkalimengen die Krämpfe und die Schmerzen in Kopf und Schulter verschwanden, sowie die leichte Parese des linken Armes sich zurückbildete. Das Fehlen jeglicher Ausfallerscheinungen elf Tage nach dem letzten Anfall zwingt dazu, eine anatomische Störung des Gehirns als Ursache der Krämpfe für unwahrscheinlich zu erachten. Nur noch ein Fall in der Litteratur hat in Bezug auf die Localisation der Krämpfe Aehnlichkeit mit dem vorliegenden und dem Falle Redlich's. Frerichs berichtet ebenfalls über einen Diabetiker, bei dem neben Behinderung der Sprache und Parese des rechten Facialis chronische Krämpfe der rechten Gesichts-

und Halsmuskulatur eintraten. Hier wurde jedoch ein pathologischer Befund bei der Section erhoben, nämlich Cysticerken an verschiedenen Stellen des Gehirns mit theilweiser Vereiterung des Kleinhirns. Halbseitige, die Muskulatur einer Körperhälfte ergreifende, epileptiforme Krämpfe bei Diabetikern dagegen sind wiederholt beschrieben worden. Abbe beschreibt einen solchen Fall mit Krämpfen der ganzen rechten Körperhälfte, auch der Gesichtsmuskulatur, Aphasie, mässiger Parese und Hyperästhesie der rechten Seite. Eine Trepanation in der Gegend des Sprachcentrums ergab völlig normale Verhältnisse, Dura und Arachnoidea von gesundem Aussehen, der vermuthete Eiterherd oder Blutung fehlten. Kurz vor dem Tode Krämpfe in beiden Körperhälften. Ebstein beschreibt ebenfalls vier Fälle von epileptischen Krämpfen bei Diabetikern, darunter einen mit Hemiplegie und Anfällen von Jacksonscher Epilepsie in der gelähmten Seite. Fälle von epileptiformen Krämpfen im ganzen Körper sind von Jakoby, v. Jaksch, Grenier etc. beschrieben. Hierher gehören auch die im Coma diabeticum auftretenden Krämpfe, von denen Lepine, Dreschfeld und Kraus berichten. v. Jaksch und Metzler haben nun durch Thierversuche bewiesen, dass diese Krämpfe toxischer Natur sind, bedingt durch Aceton. Bei Einspritzung von Aceton ins Blut von Thieren waren bei denselben typische epileptiforme Krämpfe zu beobachten. Ebstein und Jakoby nennen deshalb solche Krämpfe bedingt durch Acetonämie, Jakoby berichtet von einem Fall von intermittirender Acetonämie, in welchem nur in der Zeit der Krampfanfälle Aceton im Urin auftrat. Auch vorliegender Fall dürfte verursacht sein durch eine starke Vermehrung des Acetongehaltes des Blutes; es wurde erst nach Ablauf der Krämpfe Aceton und Acetessigsäure im Urin gefunden; in allen vorhergehenden Untersuchungen, ja selbst in dem während der Krämpfe am 2. II. abgesonderten Urin fehlt Aceton ständig. Die Prognose solcher mit toxischen Krämpfen einhergehenden Diabetesformen ist durchschnittlich eine schlechte; es handelt sich immer um schwere Formen des Diabetes; jedoch sind Besserungen, wie dies ja der vorliegende Fall beweist, nicht ausgeschlossen. Inwieweit diese Krampfzustände als Frühsymptom eines drohenden Komas zu gelten haben, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Jedenfalls ist es in solchen Fällen unter allen Umständen indicirt, die Patienten als beginnend comatös zu behandeln,

nämlich mit Zufuhr grosser Mengen Milch, Selters und Alkali (80—100 g pro die), ferner nach Ablauf der schweren Symptome mit strengster Kohlehydratentziehung, Einschiebung von Gemüsetagen und eventueller Reduction des Eiweissquantums in der täglichen Nahrung, um eine Entzuckerung möglichst zu erzielen. Auch in vorliegendem Falle ist so mindestens dazu beigetragen worden, den gefahrvollen Zustand für's erste zu bessern; doch ist die Kranke unter dauernder Controlle zu halten."

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 35.)

— **Ueber die Wirkung der Combination des Antisklerosins mit dem Eserin (Diabeteserin) bei D. mellitus** berichtet Dr. Herm. Markbreiter (Wien). Diabeteserin besteht aus einer Combination der Salze des Trunecek'schen Serums und Physostigmin. salicyl., und zwar in der Weise, dass zwei Tabletten etwa 0,0006 g Eserin und dem Salzgehalt von 150 ccm Blutserum entsprechen. Ausserdem giebt es noch Tabletten Nr. II, die aus den Bestandtheilen von Nr. I und 0,0001 g Atropin (auf zwei Tabletten) bestehen. Die im Trunecek'schen Serum vorhandenen Kalisalze sind wegen ihrer nachtheiligen Wirkung auf das Herz durch Natronsalze ersetzt, ausserdem ist noch Calc. glycer.-phosph. zugesetzt. Autor hat nun zehn Fälle damit behandelt und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Bei zwei Fällen mit hartnäckiger Obstipation wurden die Tabletten Nr. II mit gutem Erfolge benutzt; diese Tabletten werden also da, wo die Obstipation besonders hervortritt, am Platze sein.

(Wiener med. Presse 1906 No. 36.)

— **Die Anwendung der Hyperaemie nach Bier bei einigen Erkrankungen der Diabetiker** empfiehlt Privat-Doz. Dr. K. Grube (Neuenahr). Zunächst bewährte sich ihm die Saugtherapie bei der Furunkulose der Diabetiker, auch bei recht schweren Furunkulosen schwerer Diabetiker. Das Verfahren ist schonender als das bisher übliche, führt schneller zur Heilung und scheint eher vor dem Auftreten von Coma zu schützen. Furunkulose kann ja eine sehr schwere, das Leben bedrohende Complication darstellen. Die Gefahr wird noch erhöht, wenn durch ausgiebige Incision das Auftreten von Coma begünstigt wird, ganz abgesehen davon, dass die entstehenden grossen Defecte bei Zuckerkranken sehr schwer zur Heilung gelangen. Das diabetische Fussgeschwür, die dia-

betische Gangrän hat Autor in den letzten Jahren mit gutem Erfolg mit heisser Luft in der Weise behandelt, dass die betreffende Extremität, resp. der Fuss täglich eine Stunde lang in einen Heissluftkasten gebracht wird bei einer Temperatur von 60—65° C. Die oft sehr heftigen Schmerzen schwinden meist schon nach wenigen Sitzungen, die vorher immer kalten und lividen Füsse werden wärmer und nehmen ein normaleres Aussehen an, bestehende Geschwüre zeigen oft eine überraschend schnelle Tendenz, zur Heilung zu gelangen. Nachtheile hat Autor bei ärztlicher Controlle nie gesehen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 29.)

Neuralgien. **Zur Behandlung der Ischias** giebt Dr. C. Schmidt (Cottbus) eine Methode an, die sich ihm vielfach gut bewährt hat. Da vielfach bei Ischias Störungen in der Circulation eine Rolle spielen, andererseits aber in vielen Fällen der Erfolg der Nervendehnung erwiesen ist, hat sich Autor bemüht, durch Aenderung der Circulationsverhältnisse und durch gleichzeitige allmähliche unblutige Dehnung der Nerven, bei welcher die Nachtheile der sonst üblichen Methode nach Möglichkeit ausgeschaltet wurden, das Leiden zu bekämpfen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass eine durch die Krankheit selbst verursachte Circulationsstörung im Nerv oder seiner Umgebung noch verstärkt wird durch die Unthätigkeit des erkrankten Beins, namentlich in solchen schweren Fällen von Ischias scoliotica, in welchen eine völlige Schonung des Beins durch eine entlastende Körperhaltung die Muskelthätigkeit dieses Beins auf das Geringste beschränkt hat. Zu diesem Zweck hat Autor in Fällen, bei welchen alle möglichen Medicamente, Bäder, Elektricität und Massage ohne jeden Erfolg angewandt waren, einen Streckverband mit Heftpflasterstreifen angelegt, welche nach dem Oberschenkel zu fast handbreit werden. Der äussere Streifen geht von der Aussenseite des Knies mehr auf die Hinterseite des Oberschenkels. Die Streifen werden durch Cambricbinden befestigt. Unter die Sohle kommt das übliche Querbrettchen. Der Kranke liegt mit leicht erhöhtem Oberkörper. Ueber dem Bett wird in der bekannten Weise ein Galgen angebracht. Die Extensionsschnur wird durch eine Rolle geleitet, welche Anfangs an den unteren Galgenträger, später an den Galgen selbst geschraubt wird. Das Bein wird Anfangs um 20—30° erhoben und die Extension mit zwei bis vier Pf. ausge-

führt. Durch ein Handtuch, welches durch eine Querstange ausgebreitet ist, wird das Bein in der Schwebe gehalten. Die Extension kann so beliebig lange ausgeführt werden, anfangs zwei bis drei Stunden, später Tag und Nacht, je nachdem der Patient es verträgt. In der Zwischenzeit kann der Kranke später mit dem Verband umhergehen, das Querbrettchen unterhalb der Sohle wird dabei einfach nach hinten geklappt. Legt man das Bein nicht gleich allzu hoch und beginnt mit niedrigen Gewichten, dehnt die Extension auch nicht gleich allzu lange aus, so lassen die Schmerzen meistens sehr bald nach. Allmählich wird das Bein dann höher gelagert und die Belastung verstärkt. So wird das Bein bis zum rechten Winkel und darüber hinaus gebeugt. Es ist auffallend, dass die Kranken bei dieser starken Dehnung, wenn sie so allmählich ausgeführt wird, wenig oder gar keine Schmerzen verspüren. Treten Schmerzen im Kreuz auf, so lässt sich bequem ein heisser Sandsack darunter legen, wonach die Schmerzen in der Regel nachlassen. Damit die Muskeln nicht zu sehr erschlaffen, können auch active Beugungen und Streckungen im Knie ausgeführt werden. Das Wichtigste bei dieser Art der Dehnung ist, dass sie langsam und vorsichtig ausgeführt wird. Durch den Zug des Streckverbandes an den Weichtheilen des Beins wird auch eine Dehnung der Verzweigungen des Ischiadicus bewirkt. Es findet aber ausserdem durch die Erhebung des Beins und den Zug des Streckverbandes eine Einwirkung auf den Blutumlauf und eine leichtere Entleerung der Venen statt. In den Fällen von Hüftweh ohne scoliotische Verbiegung der Wirbelsäule scheint die Behandlung besonders gut zu wirken. Natürlich werden auch bei dieser Art der Behandlung Misserfolge nicht ausbleiben. Bisher giebt es noch kein Radicalmittel, welches alle Fälle von Ischias sicher und dauernd heilt, und wahrscheinlich wird es ein solches auch wohl nie geben. Immerhin wird ein Versuch mit der vorgeschlagenen Methode mitunter zu erwägen sein, besonders in hartnäckigen Fällen, bei welchen eine interne oder Bäderbehandlung u. dergl. ohne Erfolg geblieben ist, eine blutige Dehnung aber nicht vom Patienten gestattet wird.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, 1906 Nr. 6.)

— **Kephaldol, ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum, und seine Wirkung als Anthidroticum** bespricht H. Fritsch (k. k. allgem. Krankenhaus in Wien). Kephaldol

(von Dr. Stohr in Wien) ist ein gelblichweisses, in Wasser schwer, in Alkohol ziemlich leicht lösliches, schwach bitter schmeckendes Pulver, ein Reactionsproduct, entstanden durch eine unter bestimmten Verhältnissen erzielte Einwirkung von Citronensäure und andererseits Salicylsäure auf Phenetidine, nach deren Beendigung noch vorhandene freie Säure an Chinin gebunden, resp. durch Natriumcarbonat neutralisirt wurde. Verordnet wird es am besten in Oblatenkapseln oder als Mixtur mit grösserem Syrupzusatz. Als Maximaldosen wurden ordinirt pro dosi 2 g, pro die 5 g, wobei nie störende Nebenwirkungen wahrgenommen wurden. Die gewöhnliche Dosirung war im einzelnen 1 g (in Oblaten mit 1/2 g). Es wurden damit ca. 60 Fälle behandelt. Was zunächst die N. betrifft, so hatte das Mittel sehr gute Wirkung bei nervösen Kopfschmerzen; es kam auch zur Anwendung bei gonorrhoischen Gelenkaffectionen, bei Lumbago und Ischialgien und hatte besonders bei letzteren ausgezeichneten Effect. Die Patienten bekamen in der Regel drei Mal täglich 1 g oder je nach Bedarf bei den Anfällen. Gewöhnlich begann das Nachlassen der Schmerzen schon nach 10—15 Minuten, und nach einer halben Stunde waren die Patienten schmerzfrei und blieben es 6—8 Stunden und mehr. — Bei 35 Fällen wurde die antipyretische Wirkung erprobt. Der Eintritt dieser Wirkung erfolgte in ca. 75% durchschnittlich eine halbe Stunde nach Darreichung, und zwar stets unter mehr oder minder starkem Schweissausbruch. Bei 20% trat die Wirkung schon nach 10—15 Minuten ein, bei dem Rest der Fälle erst nach einer halben Stunde. In keinem Falle versagte das Mittel völlig. Durchschnittlich dauerte der Temperaturabfall nach einer Dosis von 1 g zwei bis sechs Stunden; es trat ein rapider Abfall ein, gewöhnlich mit dem tiefsten Punkte nach zwei Stunden. Gab man fortgesetzt kleine Gaben (0,2—0,4), so war der Fieberabfall ein allmählicher, sanft lytischer; auch gelang es durch diese Art der Verabreichung, das Fieber für längere Zeit hintanzuhalten, als mit einmaligen grösseren Dosen. Allerdings darf man hierbei die Art des febrilen Zustandes nicht ausser Acht lassen. Anfänglich z. B. gab Autor bei febriler Phthise 1 g, um den Patienten rasch Erleichterung zu verschaffen. Die Wirkung war stets eine prompte, aber der Abfall jäh, ebenso das Wiederemporschnellen. Für solche Fälle erwies sich die Verabreichung fortgesetzter kleiner Gaben bis zur erreichten Entfieberung als ausserordentlich nützlich; ebenso erzielte Autor auch

bei acuten fieberhaften Erkrankungen damit sehr gute Resultate. Eine schädigende Wirkung auf das Herz wurde nie bemerkt, der Fieberpuls wurde langsamer und normal, der Gefässtonus besser, der Blutdruck blieb innerhalb der physiologischen Grenzen. — Merkwürdig war die antihydrotische Wirkung des Medicamentes, das doch, wie oben erwähnt, selbst zu Schweissen führt. Aber es gelang bei einigen Fällen von febriler Phthise durch eingrammige Gaben zu Beginn oder in Fällen, wo man die Zeit des Schweissausbruches genau wusste, vor Beginn desselben, die für die Patienten höchst lästigen Schweisse zu unterdrücken. Die Wirkung war gewöhnlich eine rasche. Autor resumirt seine Beobachtungen wie folgt:

1. Kephaldol ist ein mildes, aber prompt wirkendes Antipyreticum, das selbst in den grössten Gaben gereicht nie nachtheilige Symptome zu constatiren Gelegenheit bot.

2. Als Antineuralgicum hat sich Kephaldol in allen Fällen von echten Neuralgien trefflich bewährt.

3. Für die sichere anthidrotische Wirkung des neuen Präparates spricht eine Reihe von Beobachtungen und Versuchen. Die Frage nach einer Erklärung dieses Verhaltens muss aber bisher als noch offen betrachtet werden.

(**Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 33.**)

Obstipatio. **A. Schmidt's Regulin-Behandlung der chronischen, habituellen Verstopfung** kann Dr. W. Voit auf Grund seiner Erfahrungen im Nürnberger Krankenhause warm empfehlen. Das Regulin wurde in Kartoffelbrei den Patienten gegeben, die es alle gern nahmen. Man begann mit einem Esslöffel und gab, wenn dieser nach einigen Tagen nicht wirkte, dann zwei pro die, einen Mittags, einen Abends nach dem Essen. Meist erschien das Regulin am dritten bis vierten Tage im Stuhl. Bei einigen Patienten waren bereits die ersten Stühle, in denen man Agar nachweisen konnte, massig, dickbreiig bis weich und dicksäulenförmig, die Oberfläche hatte infolge der aus der Masse herausragenden Agarstückchen ein krümeliges, feuchtglänzendes, ziemlich dunkelbraunes Aussehen; bei anderen Patienten waren selbst die ersten, spontan entleerten Stühle, in denen sich Agar fand, noch trocken und bestanden aus harten, grösseren und kleineren Knollen; allmählich wurden letztere feuchter, weicher, begannen sich zu verbinden, und im Laufe einiger Tage kamen dann weiche, dicksäulenförmige bis dickbreiige Stühle, wie oben beschrieben, zum Vorschein. Anfangs

musste bei mehreren Patienten noch nachgeholfen werden (mit Eingiessungen etc.); dann traten spontane Entleerungen ein, manchmal noch in Zwischenräumen von einem, selbst zwei Tagen, und nach einiger Zeit hatten die Patienten regelmässig Tag für Tag jene Agarausleerungen; hatte diese Regelmässigkeit eine Zeitlang bestanden, 8—14 Tage, so wurde auf einen Esslöffel bis einen Kinderlöffel zurückgegangen, ohne dass sich eine Aenderung in den Entleerungen bemerkbar machte. Störungen irgendwelcher Art traten nie ein. Autor kann also das Regulin als angenehmes, völlig unschädliches, vorzüglich wirkendes Mittel gegen chronische O. wärmstens empfehlen.

(**Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 30.**)

— **Der Seifentampon in der Behandlung der chronischen O.** spielt nach Prof. Dr. K. Colombo (Rom) eine grosse Rolle; Autor hat ihn bei habitueller O. mit bestem Erfolg angewandt. Man nimmt eine Gazebinde, macht daraus ein spindelförmiges Bäuschchen von 6—7 cm Länge und von einem Maximaldurchmesser von $1^{1}/_{2}$—2 cm. Man bestreicht die ganze äussere Oberfläche mit einer guten Schicht weisser, etwas angefeuchteter Seife (Marseiller Badeseife); an eines der Enden bindet man ein Stück starken Fadens, etwa 50 cm lang. Der Patient wird in Knieellenbogenlage gebracht, worauf man den Tampon vorsichtig bis in die Ampulle des Mastdarms einführt, indem man das freie Ende der an dem Tampon befestigten Schnur ausserhalb des Anus lässt. Patient nimmt sodann bequemere Lage ein, und in einem Zeitraum von 10—15 Minuten erfolgt spontane Entleerung. Geschieht dies nicht, so muss Patient sich auf ein Geschirr setzen und den Tampon durch Ziehen an der Schnur entfernen, worauf dann gewöhnlich sofort Entelerung erfolgt.

(**Medicin. Klinik 1906 No. 36.**)

— **Ueber proctogene O.** lässt sich Prof. Dr. H. Strauss (Berlin) aus. Nach den Angaben der Mehrzahl der Physiologen pflegt der Aufenthalt der Fäcalmassen im Rectum nur ein kurzdauernder zu sein, weil die Anwesenheit von Koth im Rectum einen Stuhldrang erzeugt, dem durch die auf Willensimpuls erfolgende Thätigkeit der exprimirenden abdominellen und perinealen Kräfte mehr oder weniger bald ein Ende bereitet wird. Andere bestreiten dies freilich. Um Klarheit zu gewinnen, hat Autor in den letzten Jahren bei mehr als 200 Menschen, die Klagen über O. hatten

oder solche vermissen liessen, das Rectum untersucht und ist zu dem Ergebniss gelangt, dass zwar bei zahlreichen Menschen kleine mehr oder weniger weiche und mehr oder weniger an der Wand klebende Kothreste im Rectum zu finden sind, dass aber der Befund mehrfacher grösserer harter Knollen oder auch eines einzelnen grossen harten Kothcylinders bei Personen, welche keinen Stuhldrang empfinden, einen abnormen Befund darstellt. Autor hat diesen Befund bei 10% der Untersuchten erhoben, fast nur bei Personen, welche über O. klagten. Die Folgen einer hartnäckigen *Proctostase* können sich nicht nur in Form subjectiver Beschwerden, wie Druckgefühl im Rectum und auf die Blase, Schwere im Leib etc. geltend machen, sondern Autor hat wiederholt auch im Anschluss an solche Zustände eine ascendirende *Colostase* beobachtet, welche zu einer sichtbaren und fühlbaren Anfüllung des Leibes mit Fäcalmassen mit Erscheinungen von Appetitlosigkeit. Magendruck, Kopfdruck, Herzklopfen etc. geführt haben. Erscheinungen, welche nach Entleerung der Ampulle und des Colon alsbald verschwanden. In anderen Fällen hat er koprogene Proctitiden mit Schleimabsonderung und diarrhöischem Stuhl, in anderen Verstärkung bereits vorhandener Haemorrhoidalzustände gesehen, einige Male auch das Auftreten lästiger Erectionen und Pollutionen, die nach Beseitigung der Proctostase verschwanden. Aetiologisch spielte dabei die gewohnheitsmässige Unterdrückung des Stuhldranges eine grosse Rolle; in einer Reihe von Fällen waren bei Männern gonorrhoische Prostatitiden die Ursache, bei Frauen nicht selten gleichzeitig gynäkologische Erkrankungen (Deviationen, peri- und parametrische Processe); wiederholt fand Autor ferner Fissura ani, Sphincterenkrampf, Haemorrhoidalknoten und proctoscopisch nachweisbare Entzündungszustände der Schleimhaut des zwischen Anus und Ampulle gelegenen Theils des Rectums, ein Mal Tabes als Ursache des Zustandes. Ob eine abnorm starke Entwickelung der sichelförmigen Klappen des Rectums oder entzündliche Infiltration derselben den Kothlauf so zu hemmen vermögen, wagt Autor nicht zu entscheiden. Aber gewiss giebt es noch andere Ursachen der proctogenen O., auf die bei der Therapie Rücksicht zu nehmen wäre. Bei letzterer müssen zwei Momente in den Vordergrund treten: 1. die systematische Erziehung des Patienten zur rechtzeitigen Defäcation und 2. eine zweckentsprechende Lokalbehandlung. Der 1. Punkt ist deshalb von grosser Bedeutung, weil bei einer nicht geringen Zahl

von Fällen die Krankheit psychogen, d. h. durch systematische Ignorirung des Stuhldranges entstanden ist. Da, wo infolge der Abstumpfung der sensiblen Apparate des Rectums der natürliche Drang fehlt, muss eben an jedem Tage zur bestimmten Stunde — am besten früh morgens — der Versuch einer Defäcation gemacht werden. Ferner muss hier der Versuch gemacht werden, die verloren gegangene Reizbarkeit des Rectums wieder herzustellen, durch intrarectale Faradisation, Vibrationsmassage des Dammes resp. Rectums, kalte Klysmen sowie Benutzung der verschiedenen Kühlapparate des Rectums. Da, wo Schwierigkeiten für die Expulsion der Fäces vorliegen, ist eine Verminderung der Widerstände erstes Erfordernis. Ausser Behandlung des Grundleidens spielt hier gründliche Einfettung der Ampulle und des Canalis anoampullans eine besondere Rolle. Man benutzt dazu Salbenspritzen. Autor liess sich eine solche anfertigen in der Form, dass der aus Celluloid bestehende Behälter in der Apotheke mit der Salbenmasse gefüllt wird, und dass dann mit dem Stempel, dessen Inneres hohl ist, ein Theil der Salbenmasse durch ein in das Rectum eingeführtes kurzes, weiches Ansatzrohr gedrückt wird. Meist genügen Oelklysmen in der Dosis von 100 ccm. Autor applicirt gern Mentholöl (ein Esslöffel einer Lösung von 1 g Menthol auf 150 g Ol. Olivar.: 85 ccm Olivenöl) mit einer Spritze, deren mit einem Gummischlauch verbundene Spitze in einem stumpfen Winkel gebogen ist, oder durch eine syphonartige Vorrichtung, welche an die zum Besprengen von Blumen benutzten Apparate erinnert und für solche Personen, welche sich die Klystiere selbst geben, handlicher und reinlicher ist als die Anwendung von Irrigatoren und billiger als eine Spritze. An dem Oelsyphon*) ist der Gummiballon so gearbeitet, dass er beim Nachlassen des Druckes keine Luft aus der Flasche aspirirt. Von Glycerineinspritzungen und Glycerinsuppositorien nahm Autor principiell Abstand, da die an sich schon coprogenen Reizungen ausgesetzte Schleimhaut der Schonung bedarf. Ebenso nahm er Abstand von der Darreichung einer schlackenreichen Kost, und beschränkte sich da, wo eine diätetische Anregung der Darmfunction nothwendig erschien, vorzugsweise auf Darreichung von Buttermilch, Milch, Fruchtsäften mit Laevulosezusatz (ist wirksamer als Milchzucker!),

*) Ebenso wie die Salbenspritze hergestellt von G. Haertel, Berlin, Karlstr. 19.

Apfel- und Pflaumenmus. Zuweilen ist manuelle Ausräumung des Rectums nothwendig (nach vorausgegangener Morphiuminjection). Wo ascendirende Colostase vorliegt, genügt diese Behandlung natürlich nicht, sondern es ist zu Beginn der Behandlung noch eine gründliche Entleerung des Colons durch Applikation von Seifenklystieren (am bequemsten mit flüssiger [Bumkes] Seife, ein Esslöffel auf ein Liter, hergestellt) oder Ricinusklystieren (mit Eigelb emulgirt), oder durch Molkenklystiere, zur Erweichung des Kothes von oben her (durch Bitterwasser u. a.) erforderlich.

(Therap. Monatshefte, August 1906.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. **Ein Fall von Abortus per rectum mit günstigem Ausgange** wurde von Dr. K. Martin (Velden) beobachtet. Am 20. December 1903 wurde Autor aufs Land zu der 32jährigen Frau geholt. Dieselbe hatte vier Mal ohne jede Störung geboren, war jetzt wieder gravid, hatte trotz schwerer Arbeit bisher keinerlei Beschwerden gehabt, seit 8 Tagen aber hat sie solche in der Ileocoecalgegend. Mässige Temperatursteigerung, Uterus bis über die Mitte des Nabelsymphysenabstandes reichend, neben der rechten Spina iliac. super. Bei vorsichtiger Pulpation in der Tiefe ein etwa faustgrosser, von der Umgebung nicht deutlich abzugrenzender Tumor von teigiger Consistenz fühlbar, die ganze Gegend mässig druckempfindlich. Autor diagnosticirte Perityphlitis und gab dementsprechende Verordnungen. In den nächsten Tagen ging es der Frau besser, erst am 30. December wird Autor wieder gerufen, und zwar zum Katheterisiren, da seit 24 Stunden Anurie. Am 1. Januar wird er wieder gerufen wegen stärkerer Schmerzen in der Blinddarmgegend. Pat. sehr bleich und eingefallen, Puls jagend, nur schwach fühlbar, Temperatur subnormal, Tumorgegend excessiv druckempfindlich, Tumor noch zu fühlen. Letzteres erscheint auffallend, da sonst alles für eine Darmruptur spricht. Am nächsten Tage soll sich eine Menge dunklen Blutes mit dem Stuhlgang entleert haben. Autor bekommt dasselbe nicht mehr zu Gesicht, findet aber Pat. sehr schwach, Puls etwas besser, Temperatur 39^0; Tumor nicht mehr zu fühlen. Am 3. Januar Pat. noch schwach, Zustand aber nicht verschlechtert, Leib überall mässig druckempfindlich, sehr heftige Schmerzen und Druckgefühl nach dem Rectum zu. Untersuchung per rectum ergiebt rundlichen, sehr harten

Ballen. Autor versucht den „Kothballen“ vergebens herauszubefördern und verordnet Oelclystire. Am nächsten Tage Entleerung: unter grossen schwarzen Blutgerinnseln erscheint der vermeintliche Kothballen als Schädel und daran der ganz in die Länge gezogene Körper eines ca. 5 monatlichen Fötus mit Nabelschnur und Placenta! Pat. relativ wohl, Temperatur 37,5°. Am 15. Januar kann Patient das Bett verlassen. — Es hatte sich also um rechtsseitige Abdominalgravidität gehandelt. Der Kopf des Fötus muss in der nächsten Nachbarschaft des Blinddarms gelegen und einen Druck auf die Wand des letzteren ausgeübt haben. Dieser Druck führte wohl zu Ernährungsstörungen in der Darmwand, sodass Darmbacterien in dieselbe einwandern und die locale Necrose verursachen konnten (wahrscheinlich nur B. coli, da sonst das Fieber wohl stärker gewesen wäre!), die schliesslich dem Kopf des Fötus den Durchtritt freigab. Der Durchbruch erfolgte jedenfalls schon am 1. Januar; die Durchbruchsstelle kann nicht klein gewesen sein, da sie der 5 monatliche Fötus sammt Nachgeburt anstandslos passirte. Um so merkwürdiger sind der rasche Verschluss der Perforationsöffnung und die schnelle Genesung der Patientin. Der Fötus brauchte dann zur vollständigen Durchwanderung des Colons noch einen, und zur schliesslichen „Geburt“ noch einen zweiten Tag.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 34.)

— **Ueber Benutzung des stumpfen Hakens zur Erleichterung der Armlösung** lässt sich E. Hoerschelmann (Rappin i. Livland) aus. Es ist das ein Nothbehelf in schwierigen Fällen. „Die Armlösung gestaltet sich bei hoch heraufgeschlagenem Arm zu einem erheblich leichteren Eingriff, sobald die in Angriff genommene Schulter tiefer tritt. Zu dem Zweck werden ja auch die Füsse des Kindes erfasst und zur Leistenbeuge der anderen Seite erhoben. Das Tiefertreten der Schulter lässt sich nun, wie ich mich in zwei Fällen überzeugt habe, leicht durch einen mässigen Zug an dem zwischen Kopf und emporgeschlagenem Arm eingeführten stumpfen Haken bewerkstelligen. In Fällen, wo durch vorhergegangene schwierige Extraction am Steiss oder nach Wendung die Finger und Hände des Geburtshelfers bereits äusserst ermüdet sind, sachkundige Assistenz aber wie so häufig draussen in der Praxis nicht zur Stelle ist, halte ich eine derartige Anwendung des stumpfen Hakens für ein willkommenes Aushilfsmittel. Der Haken

wird über den Rücken des Kindes eingeführt, greift vermöge seiner Krümmung über die Clavicula herüber und findet zwischen Kopf resp. Hals und hoch emporgeschlagenem Arm eine vollkommen sichere Lage. Durch mässigen Zug nach abwärts tritt die Schulter tiefer, der Arm entfernt sich etwas vom Kopfe und kann nun leicht durch die üblichen Handgriffe völlig gelöst werden. Das erste Mal wandte ich den stumpfen Haken in dieser Weise bei einer Primipara und Steisslage an, bei der eine sehr schwere Extraction des Steisses vorhergegangen war; es wurde nur die hintere Schulter mit dem Haken tief gezogen, die Lösung des vorderen Armes gelang leicht. Im zweiten Falle handelte es sich um eine verschleppte dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des linken, stark angeschwollenen Armes. In tiefer Narkose war die Wendung noch ausführbar; da aber versäumt worden war, den vorgefallenen Arm anzuschlingen, schlug er sich herauf und machte bei der Extraction erhebliche Schwierigkeiten. Irgendwelche Verletzungen hat der stumpfe Haken in beiden Fällen nicht gesetzt. Dieses ist bei vorsichtiger, zielbewusster Anwendung wohl die Regel, da der unvermeidliche Druck einzig und allein eine sehr starke Körperregion — die Schulter — treffen darf."

(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 33.)

— **Ueber Placenta praevia** lässt sich Prof. Dr. E. Opitz in einer Arbeit „Ueber einige Fortschritte auf geburtshilflichem Gebiete" aus. Bei vielen gilt die *combinirte Wendung* nach Braxton-Hicks als das regelmässige Verfahren. Zweifellos wird durch dasselbe die Sterblichkeit der Mutter ganz erheblich herabgesetzt, freilich nur dann, wenn nach der Wendung nicht schnell die Entbindung vollendet, sondern unter leichtem Anziehen des herabgeholten Fusses die Entbindung durch die Naturkräfte abgewartet wird; anderenfalls entstehen bei der besonderen Zerreisslichkeit der Cervix leicht tiefe Einrisse, die bei den schon stark ausgebluteten Frauen besonders gefährlich sind. Es sterben ferner bei diesem Verfahren etwa $^3/_4$ der Kinder ab, sodass man nach anderen Methoden, welche auch die Kinder mehr schützen, eifrig gefahndet hat. Es wurde die *Hystereuryse* empfohlen. Die Gummiblase wird in die Eihöhle eingeführt, d. h. also bei Placenta praevia totalis die Placenta durchbohrt, sonst an der Placenta vorbei nach Sprengung der Blase über die Placenta emporgeschoben und gefüllt. Es darf auch hier

kein starker Zug ausgeübt werden, sondern der Ballon wird nur so weit angezogen, dass er die Placenta an die Uteruswand andrückt; im Uebrigen müssen die Wehen die Erweiterung der Cervix und die Austreibung des Ballons bewirken. Mit diesem Verfahren gelang es der Breslauer Klinik, über die Hälfte der Kinder am Leben zu erhalten. Autor selbst hat nur geringe Erfahrungen darüber, hat aber den Eindruck gewonnen, dass die Behandlungsart nicht leicht ist und dass sie die ständige Anwesenheit des Arztes erfordert, da es bei Ausstossung des Kolpeurynters, wenn der Kopf sich nicht sofort an die Placenta anlegt, so stark bluten kann, dass nur schleunigste Entbindung die Frau vor dem Verblutungstode retten kann. Ueber die Massnahmen, die unter schwierigen Verhältnissen, in der Praxis, Platz greifen müssen, schreibt Autor wie folgt: „Zunächst ist daran zu erinnern, dass Frauen mit vorliegender Nachgeburt sehr häufig schon längere Zeit vor der Entbindung von Blutungen heimgesucht werden. Es hängt das zusammen mit der fortschreitenden Erweiterung der Cervix gegen Ende der Schwangerschaft, bei der Theile der Placenta von der Unterlage gelöst werden (NB. trifft das nicht für die wirkliche, ja sehr seltene Placenta praevia centralis zu, bei der vor der Schwangerschaft keine, dafür bei Beginn der Geburt um so stärkere Blutungen aufzutreten pflegen). Kommt man zu einer solchen Frau, die, ohne jede bemerkbare Wehenthätigkeit bei völlig geschlossenem Muttermunde etwa in der 30. Woche der Schwangerschaft stark blutet oder geblutet hat, so ist die richtige Behandlung sehr schwierig. Zumal ja auch eine sichere Diagnose nicht gestellt werden kann. Immerhin darf man bei starker Blutung in der Schwangerschaft mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Placenta praevia diagnosticiren, auch ohne sie direct gefühlt zu haben. Zunächst muss die Blutung gestillt werden. Dazu ist bei festgeschlossenem Muttermunde keine andere Möglichkeit als die feste Tamponade der Scheide, am besten mit dem Kolpeurynter, sonst mit Jodoform- oder steriler Gaze, aber unter Wahrung peinlichster Asepsis, da sonst die Gefahr der Infection der Placentarstelle riesengross ist. Damit wird die Blutung meist zum Stehen gebracht sein. Was aber weiter? Die Tamponade kann höchstens 24 Stunden liegen bleiben und jeden Augenblick kann eine neue bedrohliche Blutung eintreten. Wehen bleiben oft aus. Auch ständige Bettruhe genügt nicht entfernt, um die

Blutungsgefahr zu beseitigen. In solchen Fällen kann man die Frauen, ohne sie in grösste Gefahr zu bringen, nicht sich selbst überlassen, sie gehören in eine Klinik, da es unmöglich ist, ständig die Frau zu überwachen, wenn sie in ihrer Wohnung bleibt. Es giebt also keine Wahl. Die Tamponade ist nur ein Nothbehelf — und selten nöthig. Ist bei der Blutung, wie gewöhnlich, der Muttermund zugänglich, so gilt es, sich ein Urtheil über die Ausdehnung des vorliegenden Placentartheils zu verschaffen. Ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Schwangerschaft muss dann die Geburt in Gang gebracht werden. Dies ist besonders zu betonen, denn mir ist oft von praktischen Aerzten mitgetheilt worden, dass sie bei Placenta praevia nicht hätten eingreifen können oder wollen, da keine Wehen vorhanden waren. Die Blutung tritt oft ohne merkbare Wehenthätigkeit auf und die Blutung muss zum Stehen gebracht werden; das thut endgültig nur die Entbindung. Liegt wenig Placentargewebe vor, so genügt meist die Blasensprengung vollständig, um die Blutung zum Stehen und die Geburt in Gang zu bringen. Ist der Lappen grösser als etwa ein Fünfmarkstück, so wird es im Allgemeinen vorzuziehen sein, nicht nur die Blase zu sprengen, sondern zugleich die Wendung nach Braxton-Hicks zu machen. Zweifellos genügt auch unter solchen Verhältnissen oft die Blasensprengung. Jedoch giebt man damit die Möglichkeit der Wendung nach Braxton-Hicks oft verloren, denn im wasserleeren Uterus lässt sich das Kind nur sehr schwer wenden, wenn fortgesetzte Blutung ein weiteres Eingreifen erforderlich macht. Zum Ersatz kann freilich der Kolpeurynter bei der Placenta vorbei in die Eihöhle eingeführt werden, doch hat das, wie oben erwähnt, für die Praxis seine Bedenken. Nicht immer wird es gelingen, den Kopf sofort dem in der Ausstossung begriffenen Hystereurynter nachfolgen, bew. sich einstellen zu lassen, und dann ist oft höchste Eile geboten, um die stark wieder einsetzende Blutung zu beherrschen. Jedenfalls muss man sich klar sein über die Notwendigkeit, zu ständigem Eingreifen bereit am Gebärbette zu bleiben, wenn man die Hystereuryse anwenden will. Für die Blasensprengung ist die Vorschrift Olshausen's besonders beherzigenswerth, dass man stets die freie Eiblase aufsuchen, nicht die Placenta durchbohren soll. Es gelingt das fast ausnahmslos, wenn man durch vorsichtiges Nachtasten sich darüber unterrichtet, wo die Placenta vom Umfange des inneren Muttermundes sich

leicht abheben lässt, und an dieser Stelle vordringt. Man kommt dann gewöhnlich schnell an die freien Eihäute. Hat man nach Braxton-Hicks gewendet oder den Hystereurynter eingelegt, so heisst es abwarten und nicht durch starken Zug die Entbindung beschleunigen wollen. Denn das führt nur allzuleicht zu Cervixrissen. Man leistet deshalb nur die nötige Hilfe zur Entwicklung der Arme und des Kopfes, wenn das Kind bis zur Brust geboren ist; früheres Eingreifen ist vom Uebel. Gewöhnlich kommt auch die Wehenthätigkeit nach der Wendung oder der Einführung des Hystereurynters in Gang, sodass die Geduld des Geburtshelfers auf keine zu harte Probe gestellt wird. Bei der Nachgeburtslösung ist es dann zweckmässig, nicht abzuwarten, was sonst entschieden richtig ist, sondern sofort durch äusseren Druck die Nachgeburt zu entfernen (Ahlfeld). Es gelingt das meist, da ja die Lösung schon während der Geburt begonnen hat. Man spart den meist schon stark ausgebluteten Frauen auf diese Weise eine gewisse Menge Blut, deren Verlust vielleicht ausgereicht hätte, das Schicksal der Frau zu besiegeln."

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 34.)

Sepsis, Pyaemie. Einen **Beitrag zur Behandlung der S. mit Collargol** liefert Dr. Bökelmann (Kork). Eine 34jährige Patientin erhielt, als sie an schwerer S. erkrankte, eine energische Schmierkur mit Ung. Credé; ein Erfolg zeigte sich nicht. Erst als die Schmierkur durch eine *Klysmenkur* (zwei Mal täglich Klysma von 0,2 Collargol) ersetzt wurde, trat eine Wendung zum Besseren ein, welche sich dauernd erhielt. Der Fall zeigte, dass Collargolklysmen bei septischen Erkrankungen der Silberschmierkur überlegen sind und der intravenösen Einverleibung an Wirkung fast gleichkommen, wobei die Einfachheit und Ungefährlichkeit der Application gerade für den practischen Arzt von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 26.)

— **Die intravenösen Collargolinjectionen bei Puerperalfieber** macht Stabsarzt Dr. P. Hocheisen (Univers.-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin) zum Gegenstand einer längeren Abhandlung, in der er 52 Krankheitsfälle mittheilt, bei denen Collargolinjectionen gemacht wurden. Es waren sehr schwere Fälle darunter, bei denen guter Erfolg er-

zielt wurde. In der Epikrise betont Autor vor allem, wie exact man bei dieser Therapie individualisiren und besonders die Form der Puerperalaffection diagnosticiren muss; Collargol ist überhaupt kein Specificum, sondern es wirkt in geeigneten Fällen unterstützend. „Die Wirkung besteht in Herabsetzung der Temperatur, Cupirung der Fröste, subjectiver und objectiver Besserung des Allgemeinbefindens, wohlthätigem Schweissausbruch, Anregung des Appetits und Schlafs. Auch der Puls wird oft günstig durch Frequenzabnahme und Erhöhung und Regelung des Blutdrucks beeinflusst. Die Wirkung ist aber keine constante, in manchen Fällen erweist es sich als indifferent, gelegentlich können auch rasch vorübergehende, bisher stets unschädliche Temperatursteigerungen, ja auch Frost auftreten. In den schwersten acuten Fällen, bei Septikämie und Peritonitis versagt es völlig, die Domäne seiner Wirkung ist die Pyaemie, bei der es die Mortalität auf ein Minimum herabdrückt. Am meisten scheinen die Fälle mit Endocarditis und septischer Pneumonie der Collargolwirkung zugänglich zu sein; die Thatsache, dass Collargol auf den ulcerirten Herzklappen aufgelagert in einem meiner Fälle nachgewiesen werden konnte, giebt vielleicht einen Fingerzeig für die Art der Einwirkung auf septische Herde und Thromben, die vom Blutstrom umspült werden. Cupirend wirkt es vielleicht bei Thrombenzerfall, und befördert wahrscheinlich die rasche Localisirung von über den Uterus hinausgehenden Processen zugleich mit Besiegung der beginnenden Allgemeininfection, wenigstens können einzelne unserer Fälle kaum anders gedeutet werden. Ausgenommen sind natürlich die allerschwersten acut verlaufenden Fälle. Da den Einspritzungen keine resorbirende Wirkung zukommt, ist die Anwendung bei Adnextumoren und Parametritis zwecklos, ebenso ist das Mittel bei rein saprämischen Processen und localer Endometritis unnöthig, dagegen ist seine gewissermassen prophylactische Anwendung angezeigt, sobald Anzeichen für beginnende Allgemeininfection oder Uebergang der Processe in die Umgebung des Uterus im allerersten Beginn vorliegt, aber nur solange die Localisirung noch nicht vollzogen ist. Gleichzeitig muss die beste fachmännische Hilfe in Action treten, an die die höchsten Anforderungen bezüglich der Kenntnisse sowohl in innerer Medicin, wie chirurgischer und gynaekologischer Specialthätigkeit zu stellen sind. Die Anwendung soll intravenös sein; zur Einspritzung gelangen 3—5 ccm 2%iger Lösung

oder auch geringere Mengen stärkerer (bis 5 %) Lösungen. Die Injection wird zwei bis drei Mal in den folgenden Tagen wiederholt, je nach Bedarf. Dies genügt in den meisten Fällen, die Zahl derselben kann aber auch unbedenklich gesteigert werden. Die Technik ist einfach; wenn die Einspritzung in die gestaute Vene durch die Haut nicht gelingt, muss die Vene freigelegt werden. Die Einspritzung ist schmerzlos; sobald Schmerz geäussert wird oder die Haut sich blau färbt, ist die Einspritzung subcutan, nicht intravenös und führt zu schmerzhaften, hartnäckigen Infiltraten; sie ist ferner absolut unwirksam."

(Medicin. Klinik 1906 No. 31—34.)

— **Die Behandlung des Puerperalfiebers mit Antistreptokokkenserum** (Merck) wurde von Ed. Martin (Univers.-Frauenklinik Greifswald) seit dem 1. Juni 1905 sehr ausgiebig angewandt. Ausgeschlossen von der Behandlung mit dem Menzer'schen Serum waren die gonorrhoischen Fälle und die sogen. Eintagsfieber. Im übrigen waren für die Serumbehandlung folgende Grundsätze massgebend: Bei einer rectalen Temperatursteigerung über 38,5° wurde die Secretentnahme gemacht. Liessen sich im Ausstrichpräparat Gonokokken nicht finden, so wurden gleich am ersten Tage der Temperatursteigerung 20 ccm Serum gegeben; fiel die Kurve nicht am nächsten Tage dauernd unter 38° herunter, so wurden wieder 20 ccm gegeben, event. am dritten Tage noch einmal; dauerte das Fieber bis zum sechsten Tage nach dem ersten Temperaturanstiege und länger, so wurde vom sechsten Tage an wieder drei Mal je 20 ccm eingespritzt. Bei jeder puerperalen Erkrankung wurde eine intensive Ernährung, event. durch Traubenzucker durchgeführt. Die Erfolge der Serumbehandlung waren recht zufriedenstellend.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 29.)

Tuberculose.

Zur Frage der Entstehung der Lungentuberculose ergreifen Prof. Dr. Schlossmann und Dr. St. Engel (Dresdener Säuglingsheim) das Wort. Auf Grund ihrer Beobachtungen und Experimente nehmen sie für das frühe Kindesalter die Eingangspforte für die T. *ausschliesslich* im Verdauungsschlauche an. Der Weg, den die Bacillen zurücklegen, ist derselbe, der für die Nahrungsstoffe präformirt ist; vom Darm aus werden sie genau wie Fetttröpfchen resorbirt; sie passiren wie diese

oder mit diesen die unversehrte Darmwandung und ebenso die mesenterialen Lymphdrüsen, kommen so in den Lymphstrom, durch den Ductus thoracicus ins rechte Herz und von hier aus in die Lungen. Trotz enterogener Infection ist also die Lunge die erste und event. auch einzige Ablagerungsstätte der Bacterien. Dass Mikroorganismen und insbesondere Tuberkelbacillen die unverletzte Darmwand passieren können, unterliegt heute keinem Zweifel mehr. Haben aber die Bacillen einmal die Darmwand hinter sich, so finden sie in den regionären Drüsen zur Zeit der Verdauung kein Hindernis. Experimente zeigten, dass die Entstehung von Lungen- und Bronchialdrüsentuberculose auf dem Wege vom Darm aus möglich und wahrscheinlich sei. Der Einwand, dass bei einer Verfütterung von Bacillen doch diese dabei in die Lungen „inhalirt“ werden können, ist hinfällig; auch junge Thiere verschlucken sich fast nie. Auch unterscheidet sich eine durch Aspiration erfolgte Infection der Lungen anatomisch ganz wesentlich von der, die man nach Verfütterung von Bacillen an Thieren oder spontan entstanden beim jungen Kinde sieht. Doch noch ein Einwand musste entkräftigt werden; nämlich der, dass es bei der Verfütterung von der Mundhöhle oder dem Pharynx aus zu einer Einwanderung in die regionären Lymphdrüsen und von hier per continuitatem zur Infection der Bronchialdrüsen und Lungen komme. Die Autoren konnten auch dies durch Experimente an Meerschweinchen entkräftigen; es wurde hierbei eine aerogene Infection sicher zu vermeiden gesucht. Wenige Stunden, nachdem man den Thieren unter solchen Cautelen Tuberkelbacillen in den Magen gebracht, fand man sie bereits in der Lunge. Lungentuberculose kann also zweifellos durch intestinale Infection mit Tuberkelbacillen herbeigeführt werden, und es ist höchstwahrscheinlich, dass dies der einzige Weg ist. Es steht heute bereits fest, dass die grosse Mehrzahl der überhaupt im Kindesalter sterbenden Individuen schon tuberculös ist; von den zu Grunde gehenden Säuglingen sogar erweisen sich 3,2% (unter drei Monaten), 8,4% (vier bis sechs Monate), 16,8% (sieben bis zwölf Monaten) als tuberculös. In der Mehrzahl der Fälle fällt eben die Infection mit T. in das frühe Kindesalter; T. kann direct als Kinderkrankheit bezeichnet werden, indem ihre Entstehung fast ausnahmslos in das Kindesalter, ihre Manifestation allerdings häufig in ein späteres Lebensalter fällt. Wir haben demnach auch die Prophylaxe der T. in die früheste Jugend zu verlegen

und mehr wie bisher auf die Verhütung der Krankheit in der Kindheit zu achten. Ebenso wird für die therapeutische Bekämpfung der T. die Jugendzeit die bedeutungsvollste sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 27.)

— **Miliartuberculose und Scorbut** diagnosticirte Stabsarzt Dr. Géronne in der Senator'schen Klinik in Berlin bei einer Pat., bei der alle sonst zu Scorbut disponirenden Ursachen fehlten, sodass die disseminirte Miliartuberculose als wesentlichster ätiologischer Factor der scorbutischen Diathese anzusehen war, zumal die Pat. auch unter günstigen äusseren Verhältnissen lebte. Der Krankheitsverlauf zeigte deutlich, dass der tuberculöse Process in den Lungen das Primäre war. Nachdem sich die T. im Körper ausgebreitet und zunehmende Cachexie veranlasst hatte, konnte sich auf dem so vorbereiteten Boden die scorbutische Schädlichkeit entwickeln, deren erster Ausdruck Blutungen unter der Haut waren. In dem Maasse, wie die beiden Noxen nunmehr gemeinsam ihren Einfluss geltend machten, traten die tuberculösen resp. scorbutischen Erscheinungen mehr hervor: Zahnfleischnekrose, Lockerung der Zähne, Zeichen allgemeiner hämorrhagischer Diathese, pathologische Veränderungen des Blutbildes auf der einen, Symptome der miliaren T. auf der anderen Seite; eine gegen das Ende einsetzende blutige Exsudation in den rechten Brustfellsack muss in gleicher Weise auf Kosten der T. und des Scorbuts geschrieben werden. Da die T. in zahlreichen Fällen blutige Extravasationen in den verschiedensten Theilen des Körpers zu veranlassen im Stande ist, muss es als wahrscheinlich bezeichnet werden, dass sie gelegentlich auch einen in seiner Erscheinungsweise und seinem Verlauf wohl characterisirten Scorbut auslösen kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 35.)

— **Ueber das Vorkommen von Netzhautblutungen bei Miliartuberculose** macht Dr. H. Marx (Univers.-Augenklinik Heidelberg) Mittheilung. Retinalblutungen gehören zum Bilde der Retinitis septica und sind typisch für dieselbe. Da in differential-diagnostischer Beziehung bei Miliartuberculose oft gerade septische Erkrankungen in Betracht kommen, hat man stets diesen Hämorrhagien grossen Werth beigelegt, und man ist geneigt, bei Vorhandensein von solchen eine Miliartuberculose auszuschliessen und eine Sepsis anzunehmen. Autor beschreibt nun einen,

auch anatomisch untersuchten Fall, wo Miliartuberculose vorlag und neben Netzhautblutungen Miliartuberculose der Choroidea constatirt wurde. Daraus geht also hervor, dass wir bei der Differentialdiagnose zwischen Miliartuberculose und Sepsis mit der Verwerthung des ophthalmoscopischen Befundes sehr vorsichtig sein müssen; entscheidend ist nur der Befund von typischen Choroidealtuberkeln, dagegen sind Netzhautblutungen in keiner bestimmten Richtung diagnostisch verwerthbar.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 35.)

— **Ueber „Visvit", ein neues Nährmittel,** macht Dr. Joh. Maass (I. Medic. Klinik Berlin) Mittheilung. Das von der Firma Dr. Horowitz hergestellte Präparat, ein graugelbliches Pulver von ganz angenehmen Geschmack, das mit Wasser kalt angerührt und mit heisser Milch, Kaffee oder Bouillon vermischt eingenommen wird (täglich 50 g auf 3—4 Portionen vertheilt) enthält in 100 Gewichtstheilen Trockensubstanz

Stickstoffsubstanzen		80,14 %
davon Haemoglobin-Eiweiss .	1,85 %	
Aetherextract-Fett		3,26 %
davon Lecithin	0,24 %	
Kohlehydrate		15,26 %
davon aufgeschossen (dextrinirt)	10,49 %	
davon löslich	4,77 %	
Salze		1,34 %
		100,00 %

Die Salze enthalten: Phosphorsäure 0,53 %, Calciumoxyd 0,62 %, Magnesiumoxyd 0,11 %, Eisen 0,05 %, Chlornatrium 0,03 %. Bemerkenswerth ist also der hohe Stickstoffgehalt, dann die nicht nur aufgeschossenen und löslichen, sondern zum Theil auch dextrinirten Kohlehydrate. Visvit wurde drei tuberculösen Mädchen gegeben, die in ihrem Ernährungszustand sehr heruntergekommen waren, zeitweise fieberten, keinen Appetit hatten. Schädliche Einwirkungen wurden nicht beobachtet, wohl aber fühlten sich die Pat. kräftiger, angeregter und hatten mehr Appetit. Da auch die klinischen Untersuchungen feststellten, dass objectiv ein günstiger Einfluss zu erkennen war, so wäre das Präparat für Schwächezustände, Reconvalescenz und Appetitmangel wohl zu empfehlen.

(Med. Klinik 1906 No. 28.)

Tumoren. **Zur Therapie der Oesophagusstenosen** empfiehlt Prof. Dr. Gerhardt (Medic. Poliklinik Jena) warm die *regelmässige Verabreichung von Morphium.* Die Wirkung ist manchmal eclatant. So bei einem Pat., bei dem es sich nicht feststellen liess, ob es sich um ein Oesophaguscarcinom oder um Varixbildung bei Lebercirrhose oder um ein Ulcus rotundum oesophagi handelte. Die Schluckstörung war eine nahezu totale; jede Sondirung verbot sich wegen vorangegangener Blutung. Wollte man nicht sofort zur Gastrotomie schreiten oder den unsicheren Versuch der absoluten Rectalernährung machen, dann blieb nur die Verabreichung von Narcoticis übrig. Diese Therapie stellte hier auch ungemein rasch das Schluckvermögen soweit her, dass Pat. flüssige Nahrung in ausreichender Menge wieder aufnehmen konnte und bald an Körpergewicht wieder zunahm. Autor hat die Morphiumtherapie der Oesophagusstenosen als Assistent in der Naunyn'schen Klinik kennen gelernt. Wenn der Erfolg auch nicht immer so eclatant war, wie im obigen Falle, so sind doch recht häufig die Beschwerden soweit gebessert worden, dass die Nahrungsaufnahme wieder leidlich möglich wurde. Eine Anzahl von Pat. mit Oesophaguscarcinom ist auf diese Weise wesentlich gebessert worden. Diese günstige Einwirkung des Morphiums auf das Schluckvermögen erklärt sich augenscheinlich durch Ausschaltung eines Krampfes der Oesophagusmusculatur an der Stelle der Strictur. Wie ein Geschwür am Pylorus, eine Rhagade am Anus reflectorisch einen festen Krampf des entsprechenden Schliessmuskels unterhalten kann, so löst offenbar die Ulcerationsfläche im Oesophagus leicht eine tonische Contractur der umgebenden Musculatur aus, und diese Contraction des Muskels trägt wesentlich dazu bei, die Verengerung des Lumens bis zur fast völligen Undurchgängigkeit zu steigern. Gelingt es, diesen Muskelkrampf zu beseitigen, dann ist unter günstigen Umständen das Haupthinderniss für das Schluckvermögen entfernt. Natürlich muss diese Morphiumwirkung versagen in jenen Fällen, wo die Tumormassen an sich eine absolute Verengerung des Lumens bedingen, was aber recht selten ist. In der Naunyn'schen Klinik hat die Morphiumtherapie bei den meisten Fällen von Oesophaguscarcinom die Sondenbehandlung ersetzt. Ob man das Morphium subcutan oder per os giebt, ist ohne grosse Bedeutung; wesentlich ist, dass man es kurze Zeit, 10—15 Minuten, vor den Mahlzeiten verabreicht, welch letztere man so ge-

staltet, dass sie ihrerseits den Geschwürsgrund möglichst wenig reizen. Die scheinbar naheliegende Gefahr, durch regelmässige Zufuhr relativ grosser Morphiumdosen dem Organismus der in der Ernährung meist heruntergekommenen Pat. zu schaden und ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit durch das Narcoticum noch stärker zu beeinträchtigen, erweist sich fast immer als unbegründet. Die Leute ertragen das Morphium auffallend gut, und man kann es längere Zeit hindurch ruhig geben.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 27.)

— **Zur Kasuistik der subcutanen Geschwülste an den Fingern** publicirt Dr. Durlacher (Ettlingen) folgenden Fall, wo er einem 57jährigen Arbeiter einen durch seinen aussergewöhnlichen Sitz und seine Grösse ausgezeichneten Tumor exstirpirte. Patient bekam mit 36 Jahren ein kleines „Knötchen" an der Volarfläche des rechten Zeigefingers in der Gegend der Artic. metacarpo-phalang. Die Grösse dieses Knötchens blieb sich bis vor 16 Jahren gleich, dann vergrösserte es sich allmählich bis zu seiner jetzigen Ausdehnung. Patient hatte nie eine Thätigkeit, bei welcher ein mechanischer Druck auf die Finger stetig ausgeübt wird. Tumor reichte von der Basis der Grundphalange bis zum äussersten Phalangealgelenk. Auf der Haut ausgedehnte Venen sichtbar; Haut mit Ausnahme vereinzelter kleiner Stellen über der Geschwulst verschieblich. Letztere fühlte sich prall-elastisch an. Beweglichkeit des Fingers in den Phalangealgelenken activ und passiv aufgehoben. Die Geschwulst konnte unter localer Anästhesie leicht aus dem Unterhautzellgewebe entfernt werden. Die Sehnenscheiden lagen nicht frei zu Tage, sondern waren von einer Bindegewebsschicht bedeckt. An einzelnen Stellen geringe Verwachsungen mit der Haut. Primäre Verheilung mit normaler Beweglichkeit der Finger. Tumor 5,7 cm lang, 4,3 cm hoch, 3 cm dick. Durchschnitt zeigte derbe, sehnenartige Faserung. An einer erbsengrossen Stelle der Oberfläche gallertartiger Erweichungsherd. In histologischer Beziehung glich der Tumor einerseits den Dermoiden, der Zellreichthum liess andererseits auch die Deutung eines Fibrosarkoms zu. — In der Literatur sind bisher nur zwei Fälle von T. an der Basalfläche der Finger beschrieben.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 32.)

– **Chalazionpincette, Fremdkörpernadel**, so ist eine Mittheilung Dr. Wolffberg's (Breslau) überschrieben, welche folgendermaassen lautet: „Für die operative Entfernung des Chalazionknotens dürfte es fast immer gerathen sein, sich der Desmarres'schen Chalazionpincette zu bedienen. Man macht von der Conjunctivalseite her eine grosse Incision vertical zum Lidrande; zuweilen ist es gerathen, dem Schnitt eine leicht bogenförmige Gestalt zu geben, um den Austritt des gallertigen Inhaltes noch mehr zu erleichtern. Durch das Einpressen des Chalazions in die Ringöffnung der Pincette drängt sich die Geschwulstmasse meist prall hervor und tritt nach der Incision oft so vollständig zu Tage, dass sie nur fortgewischt zu werden braucht; den Rest entfernt man mit scharfem Löffel oder drückt ihn nach Entfernung der Chalazionpincette zwischen den Fingern aus. Die Blutung ist selten bedeutend. Indessen ist es mir passirt, dass sie ohne die Klemmpincette bedrohliche Dimensionen angenommen hätte. Es handelte sich um ein zwölfjähriges Mädchen aus einer Bluterfamilie, dessen Bruder ein Jahr zuvor in Warschau bei einer Operation angeblich an Verblutung gestorben. Freilich erfuhr ich dies von der bei der Chalazionoperation anwesenden Mutter erst, als ich mich bemühte, der Blutung Herr zu werden. Neben der Klemmpincette empfiehlt sich zur Blutstillung sehr die von der Firma Riedel (Berlin) hergestellte Kaliumpermanganatpaste (Styptogan), welche aus 70 Teilen Kal. perm., 28 Kieselguhr, zwei Borsäure und Vaselin. q. s. besteht. Im Allgemeinen ist die Operation um so dankbarer, d. h. um so gründlicher zu erledigen, wenn das Chalazion bereits eine gewisse Grösse erreicht hat. Nach Haab „lässt man kleine besser in Ruhe". Eine Zeit lang bin ich nach diesem Rath verfahren. Indessen immer sind die Patienten mit dieser exspectativen Art der Behandlung nicht einverstanden und schliesslich machte es mir den Eindruck, dass man auch kleine ganz gut beseitigen kann. In einzelnen Fällen gelang es mir, während ich das kleine Chalazion des vom Augapfel stark abgezogenen Lides zwischen Daumen und Zeigefinger fixirte, mit einer Discisionsnadel vom intermarginalen Saum aus das Chalazion zu punctiren und den geringen Inhalt aus der feinen Oeffnung am intermarginalen Saum herauszupressen. Noch sicherer und in der eingangs beschriebenen üblichen Weise gestaltete sich die Operation, als ich mir die Desmarres'sche Pincette, deren elliptische Ringöffnung etwa die Durchmesser von 1 und 2½ cm besitzt, mit

kreisrunder, wesentlich kleinerer Oeffnung ($^3/_4$ cm Durchmesser) herstellen liess. Diese Chalazionpincette wird von der Firma Hermann Härtel, Breslau, Weidenstrasse, sehr brauchbar angefertigt. Mir scheint, dass das noli me tangere für die kleineren Chalazien mit diesem Instrument seine Berechtigung verloren hat. Eine ähnliche Modification, ähnlich insofern, als es sich ebenfalls um Herstellung in verkleinertem Massstabe handelt, habe ich von demselben Instrumentenmacher mit der üblichen Fremdkörpernadel vornehmen lassen und glaube, dass sie hierdurch wesentlich geeigneter wird, ihren Zweck zu erfüllen. Die Verkleinerung bezieht sich nur auf den Hals des Instrumentes. Während bei dem üblichen Instrument die wirksame Spitze der Nadel etwa 3 bis 4 cm vom Heft entfernt ist, beträgt diese Entfernung bei meinem Instrument etwa $1^1/_2$ cm. Es ist auch ohne Zeichnung klar, dass Bewegungen, die der an der Grenze von Heft und Hals aufliegende Finger dem Instrumente erteilt, der Nadelspitze einen um so grösseren Ausschlag geben müssen, je länger der Hals ist, dass also die Sicherheit des Manipulierens innerhalb des meist ca. nur 1 mm Durchmesser haltenden Fremdkörpergebiets bei kurzem Halse gewinnen muss. Diese Fremdkörpernadel hat sich mir seit langer Zeit ausgezeichnet bewährt."

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 16. August 1906.)

Vermischtes.

— **Ueber Thayer's Methode der Bauchpalpation** schreibt Prof. Dr. M. Benedikt (Wien): „Im letzten Bande der amerikanischen Vierteljahrschrift „International Clinics" (Philadelphia und London bei J. B. Lippincott Company, Herausgeber J. Kelly, Philadelphia) findet sich eine Beschreibung einer neuen Methode der Bauchpalpation von Professor Alfred E. Thayer von der Galveston-Universität in Texas, die nach meiner Nachprüfung so grosse Vortheile bietet, dass sie allgemein bekannt und geübt zu werden verdient. Thayer untersucht die Kranken zunächst nicht in liegender Stellung und allenfalls mit seitlichen Drehungen, sondern lässt die Kranken sitzen, die Fusssohlen

möglichst gegeneinander gestemmt und mit möglichst weit abstehenden Knien. Die Hände hält der Kranke an den Waden oder allenfalls an den Knien und streckt die Ellbogen soviel als möglich. In dieser Stellung ist der obere Theil des Brustkastens etwas erweitert und dadurch sind die Bewegungen des Zwerchfells ruhiger und die Bauchwand entspannt. Der Untersuchende sitzt hinter dem Patienten, lässt das eine Bein herabhängen, das andere biegt er im Knie ein, stemmt das Knie gegen das Kreuzbein oder gegen die Lendenwirbel des Kranken, wobei, wenn dieser Druck den Kranken belästigt, ein kleines Polster dazwischen geschoben werden kann. Dadurch kann der Kranke dem Untersuchungsdrucke nicht ausweichen und der Untersuchende besitzt eine gute Schätzung des ausgeübten Druckes. Den Fuss seines gebeugten Knies stützt der Untersuchende auf das Knie der anderen Seite oder weiter unten am Beine oder schiebt ihn unter das Knie des freien Beines. Die Aermel des Untersuchenden sollen aufgeschürzt sein; die Hände warm. Indem der Untersuchende über den unteren Rand des Brustkorbes und die Ränder des Beckens mit der flachen Hand streift, hat er ein Tastbild der Grösse der dazwischenliegenden zu untersuchenden Fläche. Man ermahnt den Kranken zum ruhigen Athmen und untersucht nun mit der jeweiligen flachen Hand erst oberflächlich, dann mehr in der Tiefe, dann mit dem Gegendrucke der zweiten Hand, dann mit den Fingerspitzen oberflächlich und mit Druck in die Tiefe. Diese Art der Untersuchung wird durch die gewöhnliche Methode ergänzt; bei der letzteren kommen die auscultatorischen Aufklärungen mehr zur Geltung. Die Anwesenheit von Flüssigkeiten in der Bauchhöhle wird auch bei der Thayer'schen Methode leicht constatirt. Dass der Arzt bei der Thayer'schen Methode die Betastung nicht mit dem Auge verfolgt, ist kein Nachtheil an und für sich. Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, dass im Momente einer Behorchung oder Betastung das Schliessen des Auges die Feinheit der anderen Sinneswahrnehmung verschärft. Ist der Kranke zu schwach, um sitzen zu können, dann wird er mit dem Rücken gegen die Bettkante gelegt, Schenkel und Knie stark eingebogen; die Hände ruhen auf dem unteren Knie, während ein Assistent oder Wärter das obere Knie so weit als möglich vom anderen abzieht. Der Arzt stützt dann sein Knie — leicht auspolsternd — gegen dieselbe Stelle des Kranken, wie wenn dieser sitzt. Behufs gleichmässiger Palpation

beider Seiten muss der Kranke manchmal in die entgegengesetzte Längsrichtung des Bettes gebracht werden. Zu den Kunstgriffen bei dieser Untersuchungsmethode gehört es, dass man den Kranken mehrmals rasch hintereinander die Recti abdominis nach oben ziehen lässt, wodurch die Eingeweide noch mehr der Palpation zugänglich werden. Leber und Milz können besser umgriffen werden, wenn man mit zurückgebeugten Daumen diese Organe mit der Vorderseite der anderen Finger umgreift. Von der Ueberlegenheit dieser Methode der Untersuchung wird man überrascht. Die Leichtigkeit, mit der man Milz, Leber, Wandernieren, den Uterus umgreift, geschwellte Adnexe, Erweiterungen der Aorta und Coeliaca fühlt, die Vorderfläche der Wirbelsäule und die innere Fläche des Hüftknochens betasten kann etc., ist eine wahre Errungenschaft der physikalischen Diagnostik."

(Wiener med. Presse 1906 No. 16.)

— **Erklärung einiger neuerer Fachausdrücke,** von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden) [Forts.]:

Proteinochrom. Ein von Erdmann und Winternitz nach dem Vorschlag von Stadelmann gewählter Name für die Verbindung eines vorläufig noch unbekannten Eiweisszerfallproductes mit Chlor oder Brom. Andere Bezeichnungen für den Körper sind „Bromkörper" oder „Tryptophan", letzteres, weil es besonders reichlich bei der Trypsinverdauung der Eiweissstoffe entsteht. Statt „Proteinochromogen" gebrauchen Erdmann und Winternitz der Kürze wegen gleichfalls die Bezeichnung „Proteinochrom". Münchener medicinische Wochenschrift 1903, S. 982.

Das Quinquaud'sche Zeichen zur Erkennung des Alkoholmissbrauchs besteht in einer Empfindung von leichtem Reiben bis zum Knarren und Krachen beim senkrechten Aufsetzen des gespreizten Mittel- und Ringfingers des Untersuchten gegen den Handteller des Untersuchers. Es handelt sich im Wesentlichen um Phalangealcrepitation infolge eigenartiger, des Begriffs der sichtbaren Bewegung entbehrender Unruhe durch nervösen Einfluss, wie ihn besonders die Alkoholintoxication ausübt, vielleicht in Verbindung mit einer nicht sinnfälligen Veränderung der Gelenkflächen. Nach längerem Prüfen schwächt sich das Quinquaud'sche Zeichen wesentlich ab, um erst nach einiger Zeit der Ruhe wiederzukehren. P. Fürbringer, Deutsche medizinische Wochenschrift 1904, S. 977.

Recessus pharyngeus medius, cf. Tornwald'sche Krankheit.

Restbacillus v. Behring's = der von bestimmten toxischen Substanzen (TGl und TV cf. diese) befreite Tuberkelbacillus, welcher die Gestalt und tinktoriellen Eigenschaften des ursprünglichen Tuberkelbacillus noch besitzt. v. Leube, Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, No. 46.

Unter Sactosalpinx versteht A. Martin die durch Verklebung der Fimbrien bedingten kolbigen und wurstförmig gekrümmten Tuben, ihrem Inhalt nach eine serosa, haemorrhagica oder purulenta (Hydrops tubae, Haematosalpinx, Pyosalpinx). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904, No. 19, S. 543.

Schistosomiasis = Erkrankung in Folge Infection mit Schistosomum haematobium durch Brunnenwasser, nach Toyama in 10 bis 20 Jahren zum Tode führend. Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, S. 1739.

Sera, antiinfectiöse. Mit diesem Namen bezeichnet Kolle Sera, welche weder rein antitoxische, wie das Cholera- oder Typhusserum, noch rein bactericide im Sinne des Cholera- oder Typhusserums sind. Zu den „antiinfectiösen“ gehören das Pest-, das Milzbrand- und das Rinderpestserum. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 1904, Bd. 48, S. 372.

Serumkrankheit. Unter diesem Namen fasst v. Pirquet die nach Injection artfremden Serums auftretenden Erscheinungen: Exanthem, Gelenkschmerzen, Fieber, Drüsenschwellungen, Oedeme und Albuminurie zusammen. 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, No. 48, S. 1952.

Sprue = Tropenkrankheit: schwere Atonie der Leber und schmerzhafte Stomatitis mit Geschwürsbildung. Cantlie, Münchener medicinische Wochenschrift 1905, No. 38.

Staitinodermie von σταιτινος = teigig, ist eine sich steif wie Kautschuk anfühlende, aber glatte und zarte Haut mit intakter Sensibilität und Motilität. Baginsky, Berliner klinische Wochenschrift 1903, S. 441.

Sticker'sche Krankheit cf. Erythema infectiosum.

Submikroskopische Theilchen cf. ultramikroskopische Theilchen.

Surra = Tsetsekrankheit.

Syncytiolyse = die Fähigkeit des Serums von Thieren, welchen zerkleinertes Placentargewebe mit den darin vorhandenen syncytialen Elementen in die Bauchhöhle gebracht worden war, Placentarzotten gleicher Art aufzulösen und zu agglutiniren. Veit, Berliner klinische Wochenschrift 1902, No. 23.

Syncytolysin = das infolge Einbringens von syncytialen Elementen in den Bauchraum gebildete Antitoxin, cf. vorstehend.

TC = eine vom Virus der Tuberculose herstammende Substanz, welche, die lebenden Zellen des Organismus imprägnirend, als Heilprincip wirkt. (v. Behring.)

TGl = eine toxische, globulinöse, in einer neutralen Salzsolution lösliche Substanz aus dem Körper des Tuberkelbacillus.

TO = die Flüssigkeit, welche nach dem Centrifugiren getrockneter, dann fein zerriebener und mit Wasser extrahirter Tuberkelbacillenculturen über dem Bodensatz steht. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 13.)

(Schluss folgt.)

— **Ueber subcutane Fetternährung** lässt sich Priv.-Doc. Dr. H. Winternitz (Halle) aus. Diese Ernährungsform wurde verschiedentlich empfohlen (besonders von Leube) für Fälle, wo künstliche Ernährung nothwendig ist, als Ergänzung der rectalen Ernährung oder, falls auch letztere Hindernisse fände, selbstständig für sich. Man sah das in ansehnlicher Menge subcutan injicirte Oel wenige Stunden später verschwunden und nahm nun an, diese verschwundene Fettmenge würde rasch resorbirt und vom Organismus ausgenützt. Winternitz hat schon früher experimentell nachweisen können, dass dem nicht so sei. Er zeigte, dass bei einer Injection von 500 g Oel innerhalb 5 Tage die Resorptionsgrösse beim Menschen selbst im günstigsten Falle über 2—3 g Fett täglich nicht hinausgeht. Demgemäss vergehen Monate, bis ein subcutan angelegtes Fettdepot von einigen hundert Gramm vollständig resorbirt ist. Dem hungernden oder in Unterernährung befindlichen Organismus können so pro Tag höchstens 20—25 Calorieen nutzbar gemacht werden. Autor hat nun neuerdings abermals experimentell untersucht, wie es mit dem injicirten Fett steht und wohin es kommt. Er fand, dass es sich weder als organisirtes Fett dem Körper anlagert, noch in nennenswerther Menge im

Blut zu finden ist. Es füllt als Fremdkörper die Gewebslücken und Spalträume aus, während äusserst geringe Antheile in langsamem Tempo zur Resorption gelangen. Bei starker Abmagerung verbreitet es sich über grosse Strecken des Körpers, indem es allenthalben die sich ihm darbietenden Lücken und Bindegewebsräume auf seiner Wanderung benützt. Die Resorption der Fette aus dem Unterhautzellgewebe vollzieht sich dann ausserordentlich langsam. Autor versuchte auf verschiedene Art eine Beschleunigung zu erzielen; es gelang nicht, und Autor kommt zu dem Schlusse, dass die Fette zur subcutanen Ernährung in keiner Form geeignet sind.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

— Ueber **Höhenklima und Seeluft als Heilpotenzen bei Kinderkrankheiten** hielt Prof. Dr. R. Fischl (Prag) einen Vortrag, an dessen Schlusse er seine Ansichten dahin zusammenstellte, dass anämische Zustände auf rhachitischer Basis mit Atonie der Digestionsorgane und Uebererregbarkeit des Nervensystems bei Kindern der ersten Lebensjahre aus dem Binnenlande ihre wirksamste Beeinflussung durch mehrmonatlichen Aufenthalt an der Ostsee- oder Mittelmeerküste (je nach der Jahreszeit) erfahren, während sich auch milde Gebirgsklimaten für solche Patienten weniger gut eignen. Eine nothwendige Voraussetzung des Erfolges bildet aber häusliche Menage, da diese allein die Darreichung einer tadellosen und den jeweiligen Bedürfnissen angepassten Kost verbürgt. Mittelgebirgsgegenden, am besten relativ tief gelegene, im Seebecken geschützt situirte Orte treten erst bei älteren Kindern, etwa vom sechsten Lebensjahre an, in ihre Rechte, deren Gehfähigkeit bereits eine so vollkommene ist, dass ihnen die in solchen Stationen unerlässlichen weiteren Wege keine körperliche Ermüdung verursachen, und denen ihre höhere Wetterwiderständigkeit die im Gebirge unvermeidlichen Temperaturwechsel überwinden hilft. Der Keuchhusten verläuft hingegen in milden Gebirgsklimaten leichter als an der Meeresküste, während sein catarrhalisches Anfangsstadium in beiderlei Gegenden rasch beendet wird. Auch Catarrhe der oberen Luftwege, recidivirende, exsudative Anginen und chronische Hypertrophieen des lymphatischen Rachenringes werden durch protrahirten Aufenthalt in Binnenmeerbädern entschieden gebessert, nicht selten definitiv geheilt. Bei chronischen Reizzuständen der tieferen Luftwege ist es wünschenswerth, die Wahl des Aufenthalts-

ortes vom Alter des Kindes abhängig zu machen und die jüngeren Jahrgänge an die Ostsee oder an das Mittelmeer, die älteren in das Mittelgebirge zu senden. Lymphatische Individuen, sowie solche mit localer Tuberculose der Knochen, Drüsen, Haut wiederum finden in den Binnenmeerstationen die besten Heilungsbedingungen. Manifeste Tuberculosen innerer Organe, besonders der Lungen, sollen jedenfalls einem Versuche der Freilufttherapie unterworfen werden, die allerdings bei dem rapiden Verlauf der infantilen Phthise weniger günstige Erfolge zeitigt als im späteren Alter. Schwindsuchtscandidaten, deren Descendenz sie nach dieser Richtung stigmatisirt, oder die Erkrankungen durchgemacht haben, welche erfahrungsgemäss eine occulte Tuberculose mobilisiren, sollen durch protrahirten Aufenthalt in mildem See- oder Gebirgsklima in ihrem Kampfe gegen diese Gefahren unterstützt werden. Nordseebäder sind für blutarme, in ihrer Entwicklung zurückgebliebene Kinder aus dem Binnenlande, wenigstens im Laufe der ersten sieben bis acht Lebensjahre, nicht geeignet, da sie durch Acclimatisationsschwierigkeiten denselben nicht selten directen Schaden zufügen können. Aus diesen Gründen und ihrer ungünstigen Terrainbeschaffenheit wegen sind auch grössere Höhenlagen für jüngere Kinder nicht zu empfehlen."

(27. Balneologen-Congress. — Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 21.)

— Herr College Dr. Hellwig (Lichtentanne) theilt uns folgende Erfahrung mit: **Schering's Sublamin. Reizloser Ersatz für Sublimat.**

Da ich leider auch zu denjenigen Menschen gehöre, die auf *Sublimat* mit einer starken Dermatitis (ähnlich einer Urticaria) reagiren, so machte ich einen Versuch mit obigem Präparat, das ja als „reizloser" Ersatz des Sublimat angepriesen wird, um ausser dem Lysol, das ich seit Jahren verwende, noch ein stärkeres Desinficiens zu haben.

Ich bereitete mir also eine Lösung Sublamin 1:1000 und spülte mir darin vorsichtig meine Finger und meine Handteller etwa $^1/_2$ Minute ab, ohne die Bürste zu benutzen. Nach 2 Stunden traten schon zwischen den Fingern einzelne stark juckende Urticaria-Quaddeln auf. Am andern Morgen waren eine teigartige Schwellung und Röthung zwischen den Fingern und einige stark juckende Quaddeln an den Handgelenken vorhanden. Auch im Genick trat eine leichte Dermatitis auf, welche Erschei-

nungen noch den Tag über anhielten genau wie es mir nach dem Gebrauche von Sublimat geht. Nach dieser Erfahrung werde ich natürlich dieses „*reizlose*“ Sublamin nicht wieder zur Desinfection meiner Hände verwenden und kann nur allen denjenigen Collegen, welche auf Sublimat mit Dermatitis reagiren, auch von dem Gebrauch des Sublamin als „reizlosen“ Ersatz des Sublimates abrathen.

— **Eine Methode, den Eiweissgehalt eines Harnes mit hinreichender Genauigkeit für klinische Zwecke in einer Stunde zu bestimmen,** giebt G. Buchner (München) an und empfiehlt hierzu seinen „Albuminimeter“ (Vereinigte Fabriken für Laboratoriumbedarf, Berlin N.). Die Eiweissbestimmung damit gründet sich auf die Beobachtung, dass, wenn man filtrirten, eiweisshaltigen Harn zum Kochen erhitzt, sodann einige Tropfen Salpetersäure und die nöthige Menge gesättigter Kochsalzlösung zusetzt, sich das coagulirte Eiweiss in 1 Stunde so dicht und gleichmässig absetzt, dass sich darauf eine quantitative Bestimmung gründen lässt. Man bringt in das Reagensrohr genau 8 ccm (Marke 1) klaren filtrirten Harn und erhitzt denselben vorsichtig zum Kochen; sodann setzt man 2—3 Tropfen Salpetersäure zu (Marke 2), (bei alkalischen Harnen selbstverständlich soviel, dass deutlich saure Reaction eintritt) und 2 ccm (Marke 3) gesättigte Kochsalzlösung; hierauf mischt man sorgfältigst durch Umschütteln oder Umrühren mit einem Glasstäbchen; nun giesst man unter Umschütteln den Inhalt der Kochröhre in den Albuminimeter, der in den Kork eingestellt wird. Man notirt nun die Zeit und befördert das Absetzen des Eiweisses durch öfteres gelindes Aufstossen des Albuminimeters. Genau nach einer Stunde liest man sodann mit Hilfe der Lupe die Höhe der abgesetzten Eiweissschicht ab. Jeder Kubikcentimeter entspricht 1,0 Prom., jeder $^1/_{10}$ ccm 0,1 Prom. Eiweiss. In den meisten Fällen erfolgt ein baldiges zusammenhängendes Absetzen des Eiweisses. Manchmal setzt sich dasselbe nicht gleich zusammenhängend ab, sondern es bilden sich von einander getrennte Flocken; es ist dies in den ersten 5—10 Minuten bemerkbar. In diesen Fällen führt man dann mit dem Albuminimeter rotirende Bewegungen aus oder rührt besser mit einem dünnen Glasstäbchen vorsichtig um. Setzt sich nach 1 Stunde im Albuminimeter kein Eiweiss ab, ist nur eine mehr oder minder starke Opaleszenz oder eine minimale feinflockige, mit freiem Auge kaum sichtbare Aus-

scheidung zu bemerken, dann enthält der Harn unter 0,1 Prom. Eiweiss, sofern natürlich durch qualitative Reaction die Gegenwart von Eiweiss constatirt wurde, und es sich nicht um mucinähnliche Substanzen, Nucleoalbumine und dergl. handelt, welche ähnliche Trübungen veranlassen. (Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 24.)

— **Zur Frage der Eisbeschaffung für Zwecke der Krankenpflege** heisst es in einem diesbezüglichen Artikel: „Es sei deshalb darauf hingewiesen, dass in der starken Temperaturerniedrigung, die bei dem Lösen gewisser Salze in Wasser eintritt, ein Mittel gegeben ist, die Eisküblung zu ersetzen. So sinkt die Temperatur eines in die Eisblase gefüllten Gemisches von 100 g Ammoniumchlorid, 100 g Kaliumnitrat und 320 g Wasser in ganz kurzer Zeit von 10⁰ auf — 5⁰, um dann bei der Berührung mit dem menschlichen Körper innerhalb 15 Minuten auf 10⁰ zu steigen. Bei Verwendung eines Gemisches von 100 g Ammoniumchlorid, 100 g Kaliumnitrat, 160 g Natriumsulfat und 230 g Wasser von 10⁰ sinkt die Temperatur sogar auf — 6,5⁰ und steigt dann innerhalb 20 Minuten auf 10⁰. Bei dieser Endtemperatur ist die Kühlung des Körpers noch so stark, dass der gewollte Zweck erreicht wird. Die Salze können als Rohpräparate oder in technisch reinem Zustande zur Verwendung gelangen und sind in jeder Apotheke erhältlich, woselbst auch schnell die Mischung eines Vorrathes von 1 bis 2 kg erfolgen kann. Die angegebenen Mengenverhältnisse brauchen nicht streng innegehalten zu werden, sodass in der Praxis etwa ein knappes halbes Pfund des Gemisches 1 oder etwa $^3/_4$ Pfund des Gemisches 2 in die Eisblase zu füllen und darin mit etwa $^1/_3$ Liter möglichst kaltem Wasser zu übergiessen wären. Der Preis einer solchen Füllung stellt sich auf ungefähr 25 Pfennig. Ein Mangel dieser Art Kühlung ist es, dass die Anfangstemperaturen sehr tief liegen, sodass auf der Haut ein schmerzhaftes Kältegefühl hervorgerufen wird. Dem kann aber dadurch begegnet werden, dass die Eisblase zunächst in ein Tuch (zweckmässig Flanell) eingeschlagen und dann erst aufgelegt wird. Dadurch wird zugleich erreicht, dass die Temperatur langsamer ansteigt, die Wirkung also länger anhält. Die Kühlung mit Eis ist dem obigen Verfahren vorzuziehen, weil die Temperatur zu Anfang nicht so tief ist und bis zum völligen Schmelzen des Eises ziemlich gleich bleibt. Bei Eismangel dürfte die vorstehende Methode aber als Nothbehelf doch gute Dienste leisten.“ (Medicin. Klinik 1906 No. 30.)

— **Therapeutische Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Bornyvals bei functionellen Beschwerden unterleibskranker Frauen** publicirt Dr. Rattner (Privat-Frauenklinik von Prof. Kossmann, Berlin) und sagt dabei:

„Zu den Versuchen wurden solche Patientinnen herangezogen, die neben ihrer gynäcologischen Erkrankung noch eine Reihe allgemeiner functioneller Beschwerden darboten, die trotz eingehender lokaler Behandlung und auch bei dem Rückgange der organischen Beschwerden dennoch bestehen blieben. Beobachtet und günstig beeinflusst durch die übliche Bornyvaldarreichung (3—4 Mal täglich eine Bornyvalperle) wurden unter anderm vorzugsweise jene undefinirbaren subjectiven Beschwerden während der Menses, klimakterische und dysmennorrhoische Erscheinungen, Störungen in der Menopause, Kreuz- und Rückenschmerzen ohne recht nachweisbare Ursache, Herzpalpitationen, Magenschmerzen, Oppressionsgefühl, nervöse Schlaflosigkeit, Schwindel, Angst- und Erregungszustände etc. Auch zur Herabsetzung der Erregbarkeit vor grösseren operativen Eingriffen bei ängstlichen, nervösen Individuen kann man die Verabreichung von Bornyval einige Tage vor der Operation empfehlen.

Wenn wir in der Lage sind, die bei unterleibskranken Frauen so häufig schon a priori anzutreffende, oft erst im Laufe der Erkrankung acquirirte nervöse Diathese und auch die nervösen Begleiterscheinungen eines organischen Leidens mit einem zuverlässigen Nervinum direct erfolgreich zu bekämpfen oder wenigstens günstig zu beeinflussen, so ist dies wohl mit Freude zu begrüssen."

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 41.)

Bücherschau.

— Dr. Hermann Dekker's Buch **Lebensräthsel** (Verlag von E. H. Moritz, Stuttgart; Preis: 4 Mk., geb. 5 Mk.) ist ein populär-medicinisches Buch im besten Sinne des Wortes, in hohem Grade werth, gebildeten Laien zum Studium empfohlen zu werden. Der Verfasser hat einen neuen Weg der Aufklärung des Laienpublicums eingeschlagen, er hat das Problem „biologisch" angefasst, den Menschen biologisch dargestellt, dabei die Ergebnisse moderner Forschung benutzend und den Lesern übermittelnd. Das Buch ist sehr klar geschrieben, an gar vielen Stellen leuchtet eine fast dichterische Fähigkeit des Gestaltens hervor, obwohl die dunkelsten, schwierigsten Probleme abgehandelt

werden. Das Werk wird zweifellos ausserordentlich viel zur Aufklärung beitragen, es ist ihm weiteste Verbreitung zu wünschen.

— Im Verlage von G. Thieme (Leipzig) sind zwei Werke neu aufgelegt erschienen, welche in der ärztlichen Welt so bekannt und geschätzt sind, dass man zu ihrer Empfehlung nicht mehr viel zu sagen braucht. Das eine ist C. Wernicke's **Grundriss der Psychiatrie** (Preis: 14 Mk.). Mitten in der Vorbereitung zu dieser zweiten Auflage ist der Verfasser gestorben, doch hatte er Zusätze und Aenderungen hinterlassen, welche der neue Bearbeiter, H. Liepmann, benutzt hat. Im Allgemeinen hat jedoch das vortreffliche Werk seine alte Gestalt beibehalten und wird in dieser zu den alten Freunden gewiss zahlreiche neue sich gewinnen. — E. Grawitz' **Klinische Pathologie des Blutes** liegt schon in dritter Auflage vor (Preis: Mk. 22,50). Wer sich über dies Thema, sowie über die Methodik der Blutuntersuchungen und die specielle Pathologie und Therapie der Blutkrankheiten orientiren will, wird in diesem Werke einen ausgezeichneten Führer und Berather finden. Die Auflage ist vom Autor vollständig neu bearbeitet und mannigfach erweitert worden; sie enthält 32 Figuren im Text, sechs Tafeln in Farbendruck und eine Tafel mit Mikrophotogrammen, alle sehr gut ausgeführt.

— **Aerztliches Handbüchlein für hygienisch-diätetische, hydrotherapeutische, mechanische und andere Verordnungen** von Dr. H. Schlesinger, neunte Auflage, 1906, Verlag der Deuerlich'schen Buchhandlung in Göttingen. Im Jahre 1891 erschien das Büchlein zum ersten Male, jetzt liegt die neunte Auflage vor, wahrlich kein kleiner Erfolg! Diese weite Verbreitung verdient das Büchlein aber wirklich, und es sollte eigentlich das kleine Werk auf dem Schreibtische jedes practischen Arztes zu finden sein. Seit der ersten Auflage hat es recht mannigfache Veränderungen erfahren und hat auch an Umfang wesentlich zugenommen, da der Autor alle Fortschritte der Wissenschaft auf hygienisch-diätetischem Gebiete sich zu Nutze gemacht hat. Auch in dieser neunten Auflage finden wir die Fortschritte der letzten Jahre wieder allenthalben berücksichtigt, und wir zweifeln nicht, dass das Buch sich viele neue Freunde hinzuerwerben wird.

Für den redactionellen Theil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 3.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Dezember XVI. Jahrgang 1906

Anaemie, Chlorose. **Ueber die Behandlung der Bleichsucht mit heissen Bädern** kann Prof. Dr. H. Rosin (Berlin) nur Gutes berichten. Natürlich hat diese Cur nur Erfolge bei reinen Chlorosen, nicht solchen Erkrankungen, welche sich oft Anfangs unter diesem Bilde verbergen (Tuberculose, Herzleiden, Nephritis, chron. Intoxicationen, Cachexien etc.) und die daher vorher ausgeschlossen werden müssen. Die Bäderbehandlung erfordert einen 4—6 wöchentlichen Zeitraum, in welchem dreimal wöchentlich die heissen Bäder verabfolgt werden. Die 2. Hälfte des Vormittags eignet sich am besten hierfür; man muss im ganzen etwa 2 Stunden Zeit darauf verwenden. Die Temperatur des Wassers soll 40° C. (32° R.) betragen. Die Patienten haben sich vorher mit einer kühlen Kopfkappe oder einem nassen Handtuch zu bedecken. Zum 1. Male genügen 10—15 Minuten, später kann bis 20 Minuten gebadet werden. Unmittelbar nach dem Bade wird wenige Secunden lang kühl gedouscht und trocken gerieben, sodann 1 Stunde geruht. Bereits nach dem 3. bis 4. Bade muss eine Besserung des Allgemeinbefindens wahrnehmbar sein, nach dem 6. muss sich subjectiv und objectiv die Besserung zu zeigen beginnen. In zahlreichen Fällen führen 12 Bäder in 4 Wochen bereits zu völliger Gesundung; zuweilen geht die Anfangs rasch eintretende Besserung später langsam vorwärts; hin und wieder gelingt es überhaupt nur, eine gewisse Besserung zu erzielen, in einzelnen Fällen tritt gar kein Erfolg ein. Jedenfalls möchte Autor die heissen Bäder in der Therapie der Chlorose nicht mehr missen. (Die Therapie der Gegenwart, Juli 1906.)

— **Das kakodylsaure Natron Clin** wird, nach einer Mittheilung von Dr. Fr. Scheller, in 3 Formen verabreicht: in Tropfen und Kügelchen (intern) und in sterilisirten Lösungen für subcutane Injectionen. Litten hat die Tropfen angewandt (2 mal täglich 5—10 Tropfen nach den Mahlzeiten, so 1 Woche, dann Pause etc.). Unter dem Einflusse der Verdauung kann sich aber Kakodylschwefel bilden, wodurch der Pat. event. einen unangenehmen Geruch verbreitet. Dies fällt bei den Kügelchen, die sich erst im Darm lösen, weg. Man giebt die „globules Clin“ in Dosen von 1—5 Stück täglich. Die stärksten Wirkungen erzielt man mit den subcutanen Injectionen, die keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen machen. Die Tuben enthalten 0,05 g kakodylsaures Natron pro ccm. Nach Litten macht man 8 Tage lang täglich eine Injection von 1 ccm, macht dann wieder eine Unterbrechung von 8 Tagen, um dann noch einmal 8 Injectionen zu machen. Für diese bevorzugt man die Nates, reinigt vorher die Stelle mit Aether, der gleichzeitig locale Anästhesie bewirkt. Das kakodylsaure Natron ist ein sehr wirksames Mittel zur cellularen Regeneration. Man wendet es mit Erfolg bei Tuberculose, Chorea, Diabetes, Neurasthenie, Cachexien an; ausgezeichnete Erfolge erzielt man bei den verschiedenen Anämien, besonders bei der progressiven perniciösen.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1906 No. 16.)

Anaesthesie, Narcose. **Das Chloroform in seiner symptomatischen Anwendung als Narcoticum** bespricht Dr. Fr. Lämmerhirt (Ober-Schöneweide bei Berlin). Chloroform wirkt besonders auf cerebral ausgelöste Convulsionen. Für die Eklampsia gravidarum hat sich Chloroform allgemeine Anerkennung erworben, bei der Eklampsie der Kinder wird die Anwendung noch von vielen gescheut. Und doch kann Chloroform ruhig selbst bei Säuglingen der ersten Lebenswochen angewendet werden, es feiert bei der Eklampsie der Säuglinge als Symptomaticum geradezu seine Triumphe. Einige Tropfen, auf einen Bausch Watte oder ein Taschentuch gegossen, dem Kinde vor das Gesicht gehalten, und die Krämpfe schwinden fast momentan. Ein einzelner Anfall an sich bringt ja keine Lebensgefahr, Häufung von Anfällen dagegen bildet eine Gefahr. Wenn eine Krankheit (Pneumonie, Magenstörung, Scharlach) sich mit einem eklamptischen Anfalle einleitet, so wird man natürlich nicht an Chloroform denken. Treten die Krämpfe aber immer wieder auf, dann wird man zum Chloroform

greifen. Es können aber auch im Verlaufe von acuten Krankheiten (Pneumonie, Meningitis) Convulsionen auftreten, namentlich gegen das Ende hin. Hier wird man Chloroform direct als Kraftsparer benutzen. Die Beseitigung des Krampfes und der gesteigerten Erregbarkeit können wir schnell schon durch kleinste Dosen erzielen; die Ruhe aber gibt dann dem Körper, vor allem dem Herzen, die Möglichkeit, neue Kräfte zu sammeln. Bei Meningitis werden ja die Anfälle immer wiederkehren; aber auch hier kann man, treten sie zu vehement und anhaltend auf, schon zur Beruhigung der Angehörigen vorübergehend vom Chloroform Gebrauch machen. Bei chronischen Krankheiten beherrscht die Eklampsie oft das ganze Krankheitsbild (Rhachitis, chron. Magendarmstörungen). Hier soll man unbedenklich zum Chloroform greifen, um den Anfall zu coupiren. Der Arzt bleibe dann noch einige Zeit da, lege das Kind in eine feuchte Packung und wehre bei Vorboten neuer Attacken diese durch Aufträufeln einiger Tropfen Chloroform von vornherein ab. Manchmal kommen die Anfälle aber immer wieder; den Angehörigen das Chloroformiren zu überlassen, ist nicht rathsam. In solchen Situationen wendet Autor, nachdem Chloroform momentan seine Schuldigkeit gethan hat, zur protrahirten Wirkung Folgendes an:

Rp. Chloral. hydrat. 0,5—1,0
Pyramidon. 0,2—0,3
Muc. Salep. ad 30,0
S. ½stündl., später seltener 1 Theelöffel.

Bei der Epilepsie unterdrücke man natürlich einzelne reguläre Anfälle nicht mit Chloroform; nur bei starker Häufung von Anfällen hintereinander thut Chloroform event. gute Dienste. Auch bei heftigen Magenkrämpfen und Steinkoliken kann man von Chloroform Gebrauch machen; bei Krampfwehen hat es sich schon lange bewährt. Es ist bei alledem keineswegs von einer regulären Narkose die Rede; es ist nur leichte Betäubung erforderlich, bei der die Reflexe sich noch auslösen lassen und die Pat. noch auf Anrufen reagiren. Die dazu nöthige Dosirung schliesst jede Gefahr aus.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1906.

— **Zur Technik des Aetherrausches** giebt Dr. P. Sudeck (Hamburg) neue Winke. Er hat, als er den Aetherrausch zu benutzen anfing, gleich den Aether concentrirt einathmen lassen. Der Erfolg trat sehr rasch ein, aber Husten, Erstickungsanfälle u. dergl. musste man mit in den Kauf

nehmen. Das ist aber, wie Autor jetzt weiss, durchaus nicht nöthig. Man kann ruhig nach Witzel arbeiten, d. h. den Aether tropfenweise appliciren, sich in die Narkose einschleichen. Dann fallen die unangenehmen Erscheinungen weg, und man erzielt doch gleichen Effect, sobald man nur versteht, den richtigen Zeitpunkt zu erkennen, wo man mit der Operation beginnen darf. Autor sagt darüber: „Die Technik gestaltet sich also folgendermaassen: Die Desinfection des Patienten und des Arztes, sowie alle Vorbereitungen sind vor dem Beginn der Narcose getroffen. Der Patient ist, wenn es nützlich erscheint, darauf vorbereitet, dass er die Operation zwar bemerken, aber keine Schmerzen empfinden wird. Man lässt dann den Patienten durch die vorgehaltene Maske tiefe Athemzüge machen, zunächst noch ohne einen Tropfen Aether aufgegossen zu haben, dann giesst man einen Tropfen Aether auf, nach einigen Athemzügen wieder einen Tropfen, bald bei jedem Athemzuge einen Tropfen, und dann, je nach der Toleranz der Athmungswege steigend, bis man zu einem raschen Tröpfeln angelangt ist. Den Eintritt der Analgesie stelle ich fest, indem ich von vornherein Gefühlsprüfungen genau wie bei der neurologischen Prüfung mit einer Knopfnadel an dem zu operirenden Gliede oder im Gesicht, Stirn, Kinn oder sonstwo, anstelle. Sobald der Patient spitz und stumpf nicht mehr unterscheiden kann, oder auf energisches Anreden nicht mehr antwortet, wird operirt. Viele Patienten antworten übrigens nach Eintritt der Analgesie auf jede, sei es spitze oder stumpfe Berührung in stereotypem Tone „spitz"; auch sie sind reif zur Operation. Diese Prüfung kann auf mancherlei andere Art, wie sie in der Literatur beschrieben sind, angestellt werden. Ich komme mit der Spitz- und Stumpfprüfung immer ausgezeichnet aus und erlebe nur äusserst selten mehr Misserfolge."

Ferner theilt Autor noch Folgendes mit:

„Zur Ausführung des Aetherrausches ist jede Maske, auch eine aus einer Serviette mit eingewickeltem Wattebausch improvisirte (Küttner), zu gebrauchen, jedoch müssen sämmtliche nicht offenen Masken, bei denen Sauerstoff ungenügend zugeführt wird, als nicht mehr zeitgemäss verworfen werden. Ich benutze stets die von mir mit Benutzung des Roth-Dräger'schen Ansatzes construirte Maske, bei der ich gewöhnlich nur 5—10—15 g Aether, selten 20 oder gar 25 g gebrauche. Die Maske arbeitet in Folge der Ventilverschlüsse sehr sparsam.

Ausserordentlich bewährt hat sich mir eine von mir auf sehr einfache Weise construirte Narcosen - Tropfflasche. Diese graduirte Flasche trägt einen Stöpsel mit einer Schraubenvorrichtung, durch die die Tropfung genau regulirt werden kann. Diese Stöpsel können auf jede Original-Aether- oder Chloroformflasche aufgesetzt werden. In der Privatpraxis muss man sich nur daran gewöhnen, immer dieselbe Packung zu beziehen und sich die Stöpsel dafür angepasst zu halten. Ich benutze z. B. stets Aether pro narcosi Schering, Originalpackung, 50 g enthaltend und Chloroform Anschütz, Originalpackung, 25 g enthaltend. Diese Tropfstöpsel kann ich wegen ihrer zuverlässigen Function und wegen ihrer, Mühe und Aufmerksamkeit sparenden Eigenschaften für die gewöhnliche Narcose noch mehr wie für den Aetherrausch empfehlen. Denn dass man heutigen Tages nur noch Tropfennarcosen macht — auch mit Aether — erscheint nach dem Vorgange Witzel's als selbstverständlich. Trotzdem auch bei langsamer Tropfung die Analgesie sicher eintritt, halte ich es doch für vortheilhaft, nur zu Anfang, um sich mit dem Narcoticum einzuschleichen, langsam zu tropfen, später aber bei rascher Tropfung tiefe und rasche Athemzüge machen zu lassen. Noch ein Wort über die Misserfolge des Aetherrausches, die bei mangelnder Uebung und falscher Technik natürlich nicht ausbleiben. Der ideale Verlauf des Aetherrausches ist so, dass der Patient bei Beginn der Operation noch so weit bei Bewusstsein ist, dass er etwaigen Aufforderungen des Operateurs, z. B. beim Zähneziehen den Mund zu öffnen, gehorcht, den ganzen Vorgang der Operation bemerkt und später das Erlebte beschreiben kann, keine Schmerzen dabei empfindet, sondern nur Tasteindrücke hat, sofort nach Beendigung der Narcose aufsteht und, noch leicht erregt oder wenigstens in gehobener Stimmung, sich völlig wohl fühlt, eventuell wieder an das Geschäft geht. Etliche Patienten können es nicht unterlassen, bei dem Eingriff zu schreien. Dies ist noch kein Beweis, dass wirklich Schmerzen empfunden werden; denn es ist eine Art Suggestion und für viele Menschen selbstverständlich, dass sie schreien, wenn sie eine grössere Operation an sich vollführt fühlen. Auch energische Menschen schreien unter Umständen mehr, als wie sie es bei einer Operation ohne Narcose thun würden, weil sie die Selbstbeherrschung durch den Aether verloren haben. Diese Mittheilung erregt meistens bei solchen Kollegen, die keine grosse Erfahrung über den

Aetherrausch haben, ein ungläubiges und überlegenes Lächeln. Jedoch wird durch viele Mittheilungen von operirenden Aerzten und von operirten Patienten die Richtigkeit dieser Beobachtung bestätigt, auch wird sie dadurch bewiesen, dass trotz des Schreiens von dem Patienten meistens keine Abwehrbewegungen gemacht werden. Man kann also, falls dies Ereigniss eintritt, von einem eigentlichen Misserfolg nicht sprechen, sondern dies wäre erst dann der Fall, wenn man den richtigen Moment verpasst und entweder zu früh oder zu spät operirt, so dass die Patienten wirklich lebhafte Schmerzen empfinden. Durch eine genaue Prüfung der Sensibilität für Schmerzeindrücke mit der Knopfnadel kann man jedoch diese Misserfolge auf einen kleinen Procentsatz herabdrücken, um so mehr, je mehr Uebung man hat. Manchmal, wenn das Stadium analgeticum überschritten ist, und wenn in Folge dessen die Schmerzempfindung wieder eintritt, ist es die richtige Maassnahme, mit dem Narcoticum aufzuhören, anstatt, wie es bisweilen in Verkennung des Zustandes geschieht, immer mehr Aether zu verabreichen. Wirkliche Misserfolge, die man durch kein Mittel vermeiden kann, erlebt der Geübte nur sehr selten, und zwar bei einer gewissen Kategorie von Menschen, die auch im Aetherrausch, der doch die Furcht vermindert, so von Angst beseelt sind, dass sie fest entschlossen sind, nichts an sich machen zu lassen, so lange sie es noch merken. Sobald sie merken, dass die Operation beginnt, fangen sie, ob es nun weh thut oder nicht, besinnungslos an zu brüllen und mit Armen und Beinen zu strampeln, so dass jeder Versuch, den Aetherrausch durchzuführen, am besten sofort aufgegeben wird. Das beste ist dann, gleich die volle Narcose einzuleiten. Dies ist ja ein grosser Vorzug des Aetherrausches, dass ein etwaiger Misserfolg eine geringe Bedeutung hat. Denn man braucht ja gegebenen Falls nur weiter zu narcotisiren, da der Rauschzustand nichts Anderes ist als eine Phase der in der gewöhnlichen Weise eingeleiteten Aethernarcose. Was die Wahl des Narcoticums anlangt, so habe ich niemals Veranlassung gesehen, ein anderes Narcoticum wie Aether zu gebrauchen, etwa wie Riedel Chloroform oder Chloräthyl, da der Aether durchaus seinen Zweck erfüllt und in der Anwendungsform des Aetherrausches als vollkommen ungefährlich gelten kann, was von keinem anderen Inhalationsnarcoticum behauptet werden kann."

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 41.)

— **Einen Beitrag zur Bewerthung des Alypins in der Augenheilkunde** liefert Dr. F. Haass (Viersen). Als Vorzug dieses Präparates hebt Autor dessen Ungiftigkeit hervor. Er weiss diesen Vorzug besonders zu schätzen, da er das Pech gehabt hat, nach Einträufeln von 2—3 Tropfen einer 3%igen Cocainlösung in den Bindehautsack 2mal in wenigen Tagen hintereinander Collapse bedrohlichster Art zu erleben. Dazu kommt (Erfahrungen über ½ Jahr!) die absolute Zuverlässigkeit des Alypins. Mit einer 4%-igen Lösung (2—3 Tropfen in kurzen Abständen eingeträufelt) kam Autor stets aus und erreichte so vollkommene Anaesthesie der Cornea, dass die tiefsten Fremdkörper und festesten Rostringe ohne jede Empfindung herausgeholt, Discissionen, Kauterisationen mit der galvanokaustischen Schlinge oder der armirten Sonde völlig schmerzlos ausgeführt werden konnten. Die anästhesirenden Wirkungen treten auch dann rasch und sicher ein, wenn erhebliche Reiz- und Entzündungszustände bestehen. Operationen an der Conjunctiva, Abtragung von Pterygien, Naht von Bindehautrissen etc. verliefen völlig schmerzlos, desgleichen Bulbusoperationen, Extractionen, Sondirungen des Thränencanals etc. Dabei bleibt das Hornhautepithel völlig intakt, Pupille und Accomodation, Augenspannung werden absolut nicht beeinflusst, höchstens tritt einmal eine wenig erhebliche oberflächliche Gefässinjection ein. Autor bedient sich daher jetzt ausschliesslich des Alypins.

(**Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 13. Septbr. 1906**)

Aneurysmen. **Ein Fall von Aneurysma arcus aortae nebst Bemerkungen über die Therapie derselben** lautet eine Mittheilung von Dr. Fritz Rosenfeld (Stuttgart). Der Fall war dadurch besonders interessant, dass das Aneurysma sich percutorisch durch nichts verrieth. Aber an der Aorta auskultirte man ein blasendes, systolisches Geräusch, das sich in die linke A. carotis communis und subclavia fortsetzte; das Maximum des Geräusches auscultirte man direct über das Clavicula zwischen den beiden Bäuchen des Musc. sternocleidomastoid. Der Puls betrug 80—84, war an der linken A. radialis sehr schwach zu fühlen, an der rechten von mittlerer Spannung und Grösse. An beiden Carotiden Puls rechts und links gleich stark, ebenso an den beiden Aa. temporales. Blutdruck rechts 110, links 78. Diese Befunde genügten zur Diagnosenstellung. Was nun die Therapie betrifft, so versuchte Autor Einspritzungen von *Stagnin*, jener aus Pferdemilz

von Landau gewonnenen Eiweisssubstanz, deren *blutstillende Wirkung* auch Rosenfeld mehrfach erprobt hat, besonders bei profusen Menorrhagien, bei denen andere Behandlungsweisen ohne Erfolg geblieben waren. In einem Falle stand 1/4 Stunde nach der intraglutäal ausgeführten Injection die Blutung für 18—20 Stunden. Auch in anderen Fällen frappirte das rasche Eintreten des Erfolges, sowie die lange Dauer desselben. Auch in 2 Fällen von Lungenblutungen bewährte sich Stagnin. Dasselbe wandte nun Autor auch bei obigem Falle an in der Absicht, in dem Aneurysmasack *Thrombenbildung* hervorzurufen und dadurch den drohenden Durchbruch zu verhindern. Er glaubt, dass Stagnin ein sehr zweckdienliches Mittel hierzu ist, zur Zeit vielleicht das beste, was wir besitzen. In 2 anderen Fällen von A. wirkten diese Stagnininjectionen (3—2mal wöchentlich intraglutäal), längere Zeit durchgeführt, in sehr zufriedenstellender Weise, und auch bei obigem Falle, der noch in Behandlung ist, sind schon wesentliche Zeichen von Besserung eingetreten: Patient hat weniger Beschwerden, ist leistungsfähiger geworden, der Puls in der A. radialis sinistra ist noch schwächer zu fühlen, was darauf hinweist, dass in dem Aneurysma eine starke Blutgerinnung sich etablirt hat.

(Stuttgart. Aerztl. Verein, 1. Febr. 1906. Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 30.)

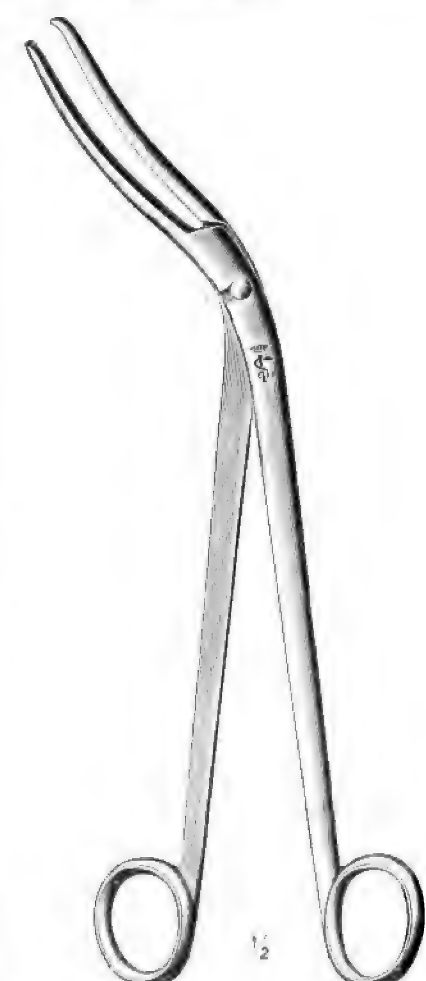
— Ueber **das Aortenaneurysma auf syphilitischer Grundlage und seine Frühdiagnose** lässt sich Dr. Saathoff (Städt. Krankenhaus Augsburg) aus. Es steht heute fest, dass eine *Aortitis luetica* so und so oft die Grundlage eines späteren Aneurysmas bildet, und es muss das Bestreben des Arztes sein, nicht nur das Aortenaneurysma selbst in seinen ersten Anfängen bereits zu erkennen, sondern auch schon jenes Vorstadium, die Aortitis luetica rechtzeitig zu diagnosticiren. Die anatomische Möglichkeit ist dadurch gegeben, dass auf dem Höhepunkte des Processes (wie Autor an Beispielen zeigt) eine diffuse Verdickung und Auftreibung der Aortenwand besteht, durch die je nach dem Sitze und der Ausdehnung wechselnde Symptome bedingt werden. Eine derartige gleichmässige Auftreibung, die man scharf von dem umschriebenen, sackförmigen Aneurysma unterscheiden muss, kann allerdings event. auch durch Arteriosklerose hervorgerufen werden, aber diese wird durch andere differentialdiagnostische Momente — relativ jugendliches Alter, Fehlen von arteriosklerotischen Veränderungen anderer Arterien etc. — wohl meistens mit

ziemlich grosser Sicherheit auszuschliessen sein. Die erste Bedingung zur Frühdiagnose ist freilich, dass man stets an den Zusammenhang zwischen Aortitis luetica und Aneurysma denkt! Das Contingent der Patienten, bei denen ein Aneurysma in Frage kommt, zerfällt in zwei Gruppen: Einmal solche, deren syphilitische Erkrankung von vornherein bekannt oder als sicher anzunehmen ist, wie z. B. bei Tabes. Bietet ein solcher Patient eines oder mehrere der gleich zu erwähnenden Symptome dar, so liegt der Gedanke an ein Aneurysma nahe, und man wird in dieser Richtung weiter untersuchen. Kommt aber der Patient mit unbestimmten Beschwerden, so muss man sich, wenn irgend ein Symptom daran denken lässt, die Möglichkeit eines Aneurysmas vor Augen halten und sofort nach Zeichen überstandener Lues forschen. Was die Symptome selbst anbelangt, so macht den Anfang meist ein drückendes Gefühl auf der Brust, das je nach dem Sitze der Erkrankung verschieden localisirt wird. Dazu kommen manchmal ausstrahlende Schmerzen in einem oder beiden Armen, event. noch percutorisch feststellbare Verbreiterung des Gefässstammes. Das sind Frühsymptome, und wer einen Röntgenapparat besitzt, wird schon jetzt die diffuse Auftreibung der Aorta feststellen können. Aber noch ein Symptom ist nicht selten vorhanden und kann in dem frühesten Stadium des Aneurysmas, ja sogar schon vor Beginn desselben, zur Diagnose führen: *Die Aorteninsufficienz auf luetischer Basis.* Jede Aorteninsufficienz, die in verhältnissmässig jungen Jahren — so lange man noch Arteriosklerose mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen kann — ohne vorhergehenden Gelenkrheumatismus oder Endocarditis aufgetreten ist, muss den Verdacht auf Aortitis luetica in hohem Grade erwecken! Dies Symptom zeigt also schon die Vorstufe des Aneurysmas an und ist daher ein ernster Mahner, letzterem noch vorzubeugen durch eine energische antiluetische Kur. *Die Prophylaxe des Aortenaneurysmas liegt eben in der Behandlung der Aortenlues.*

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 42.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. **Ueber die Desinfectionswirkung eines Formaldehydseifenapparates „Festoform“** berichtet Dr. Alfr. Wolff-Eisner (Medic.-polikl. Institut der Universität Berlin). Festoform ist eine harte Masse, die in leicht erwärmtem Wasser zu einer opalisirenden Flüssigkeit gelöst wird. Die feste

Form ist sehr bequem; die nöthigen 1—3 %igen Lösungen haben keinen Formaldehydgeruch. Die Desinfectionskraft ist, wie Versuche ergaben, eine hohe. Wegen der Combination von Formaldehyd und Seife eignet sich Festoform sehr gut zur Desinfection der Hände, zumal es auch kräftig desodorisirend wirkt. Instrumente und Gummisachen können mehrere Stunden in Festoform eingelegt werden, ohne geschädigt zu werden. Festoform ist aber ganz ungiftig. (Medicin. Klinik 1906 No. 36.)



— **Ueber Phenyform, ein neues antiseptisches Pulver** kann Dr. Ad. Schuftan (Berlin) nur Gutes berichten. Er hat es seit 2½ Jahren als Ersatz des Jodoform angewendet und insbesondere damit incidirte Bubonen, Ulcera mollia, Ulcera dura, Panaritien und sonstige Abscesse, Herpes genitalis, Balanitis, Ekzeme, eiternde Wunden behandelt, wobei das Präparat gut austrocknend und granulationsbefördernd wirkte, ohne je Reizerscheinungen hervorzurufen. Auch eine 10 %ige Gaze bewährte sich sehr gut.
(Therap. Monatshefte, September 1906.)

Greifzange nach Cheatle zum Fassen steriler Gegenstände*). Sie ist in England schon seit geraumer Zeit im Gebrauch, in Deutschland aber noch wenig bekannt. Von den bei uns gebräuchlichen Modellen unterscheidet sie sich durch die

*) Wünschen aus unserem Leserkreise entsprechend, werden wir fortan, wie es in dieser Nummer zum ersten Male geschieht, ab und zu Abbildungen neuer Instrumente, Apparate u. dergl. bringen, um diese besser zu veranschaulichen, als es blosse Beschreibung vermag.
Die Redaction.

eigenartige Form des Schnabels, Dank welcher man sowohl die kleinsten, wie die grössten Objecte, sei es Nadel, Messer oder Zange, schnell und sicher fassen kann. Diese Zangen haben sich besonders bei Herausnahme von sterilisirten Instrumenten, Verbandmaterial etc. aus dem Sterilisirbehälter bewährt; mit ihrer Hilfe werden die Instrumente dem Behälter entnommen und dem Operateur gereicht; nur dessen Hände kommen mit den Instrumenten in directe Berührung und die Asepsis wird dadurch in erhöhtem Maasse gesichert.

Hersteller: A.-G. f. Feinmechanik, vormals Jetter & Scheerer in Tuttlingen. (Medicin. Klinik 1906 No. 40.)

Appendicitis. Die chirurgische und interne Behandlung der A. erörtert Prof. Dr. Th. Rumpf (Bonn) eingehend und gelangt dabei zu folgenden Schlusssätzen:

1. Jede Appendicitis hat eine durch Mikroorganismen bedingte Aetiologie und einen infectiösen Kern. In Ausnahmefällen sind die Mikroorganismen abgestorben.

2. Die hauptsächlichsten Gefahren, welche dieser Kern mit sich führt, sind von dreierlei Art.

a) Die Infectionserreger dringen in Folge einer Perforation des Appendix in so grossen Mengen in den Peritonealraum ein, dass die Schutzkräfte des Körpers versagen, und der Tod an allgemeiner Peritonitis erfolgt.

b) Die Infectionserreger rufen intraperitoneale oder extraperitoneale, zunächst abgekapselte Abscesse hervor, die evt. unter das Zwerchfell gelangen und die Pleurahöhle inficiren, auch wohl in den Darm und die Blase durchbrechen; so lange dieselben bestehen, ist stets die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis oder Sepsis vorhanden.

c) Die Infectionserreger brechen in grössere Venen durch und führen zu Abscessen in der Leber, deren Umgebung oder zu allgemeiner Sepsis.

d) Die Infectionserreger führen zu entzündlichen Verdickungen des Peritoneums, zu mannigfachen Schwarten- und Strangbildungen, welche Gefahren für die Functionen des Darmes und der übrigen Unterleibsorgane im Gefolge haben.

3. Die ärztliche Aufgabe besteht primo loco in der Entfernung des infectiösen Kerns, soweit diese Entfernung in dem Stadium der frischen Entzündung nicht grössere Gefahren setzt, als die Operation nach dem Abklingen der acuten Entzündung.

a) Deshalb ist bei dem Drohen oder dem Bestehen einer allgemeinen Peritonitis sofort zu operiren, zumal sich gezeigt hat, dass auch derartige schwere Fälle in einem gewissen Procentsatz der Heilung fähig sind. An eine drohende Peritonitis muss man denken, wenn am zweiten Krankheitstage der Tumor in der Fossa ileocoecalis fehlt, die Bauchmusculatur gespannt, die Zwerchfellathmung beschränkt und der Puls hoch ist.

b) Weiterhin sind alle Fälle mit Abscessbildung nach gestellter sicherer Diagnose zu operiren, indem dem Eiter der Weg nach aussen gebahnt wird. Die Statistik weist darauf hin, dass vom 3. Tage an in der 1. Woche der Erkrankung chirurgische Eingriffe grössere Gefahren bedingen, als der Verlauf unter conservativer Behandlung. Ob gleichzeitig mit der Entleerung des Eiters die Entfernung des primären Infectionsherdes angebracht ist, hängt von dem Einzelfall ab.

c) Auch bei bestehenden Erscheinungen von allgemeiner Sepsis wird die Entfernung des Ausgangspunktes versucht werden müssen.

4. Sofern die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis oder die Bildung von grösseren Eiterherden durch den infectiösen Kern gering erscheint, empfiehlt es sich, die operative Entfernung des Appendix bis zum Abklingen der acuten Entzündung zu verschieben.

Die Schwierigkeit liegt hier vor allem in der Diagnose und der Prognose. Fälle, in welchen am ersten Tage der Erkrankung (vom ersten Schmerzanfall an gerechnet) das Symptomenbild eine grosse Schwere zeigt (stärkeres Erbrechen, Aufgetriebensein des Leibes, Beschränkung der Zwerchfellathmung, Spannung der Bauchmuskeln, einen Puls von 120 (wobei das Fieber weniger ausschlaggebend ist) oder Erscheinungen von Ileus, sind möglichst sofort zu operiren, da die Operation in solchen Fällen geringere Gefahren birgt, als das Bestehen der Krankheit. Auch am zweiten Krankheitstage ist bei starken peritonealen Erscheinungen sofort zu operiren.

Ganz leichte Fälle mit schmerzhaften Koliken des Appendix und Druckempfindlichkeit des McBurney'schen Punktes werden nach gestellter Diagnose der Operation zuzuführen sein. Ihre Behandlung im Schmerzanfalle wird vor allem in der Linderung der Schmerzen oder der Krämpfe bestehen. Da in solchen Fällen kein Fieber

vorhanden ist, so dürfte es nicht nothwendig sein, die Operation erst Wochen nach überstandenem Anfall auszuführen.

Fälle, welche am ersten Tage ein leichtes Krankheitsbild darbieten (geringes Fieber, einen Puls von 80—90 bei Schmerzen und ausgeprägtem Tumor in der Ileocoecalgegend), geben, von unberechenbaren Zufällen abgesehen, eine gute Prognose und erlauben bei sachgemässer Behandlung die Verschiebung der Operation bis zum Intervallstadium.

Das gleiche gilt einstweilen für Fälle, welche zwar am ersten Tage mit Fieber, einem Puls von 100—110 mit den geschilderten Schmerzen einsetzen, aber schon am zweiten Tage nach der Bettruhe etc. einen Rückgang des Fiebers und des Pulses auf etwa 100 zeigen, während jedes schwerere Symptom fehlt. Die Verschiebung der Operation ist um so eher gestattet, wenn ein umschriebener Tumor in der Ileocoecalgegend beweist, dass um den erkrankten Appendix eine gewisse Schutzmauer sich gebildet hat. Ist das nicht der Fall, so muss man fürchten, dass der Appendix eine anormale und ungünstige Lage hat, welche für operatives Vorgehen ins Gewicht fällt.

Vom dritten Tage an empfiehlt sich, soweit nicht eine Indicatio vitalis vorhanden ist, von einer intermediären Operation abzusehen und die conservative Behandlung durchzuführen unter Anwendung strengster Ruhe, Beschränkung der Nahrung, wie oben ausgeführt, Opiumdarreichung und Kälteeinwirkung bis zum Abklingen starker localer Schmerzen, oder so lange dieselbe vertragen wird.

5. Da aber der appendicitische Anfall in der Regel wiederkehrt, und nur ganz ausnahmsweise nach einer Anzahl von Attacken ausbleibt, da ferner jede Wiederkehr in kürzester Frist die oben geschilderten Gefahren einer allgemeinen Peritonitis oder einer Sepsis mit sich führt, so ist einige Zeit nach Ablauf des ersten zweifellosen Anfalls resp. nach gestellter Diagnose der gefährliche Gast operativ zu entfernen. Nach den seitherigen Erfahrungen empfiehlt es sich, die Operation etwa sechs Wochen nach abgelaufener Appendicitis auszuführen. Die gleiche Indication besteht in Fällen mehr schleichend verlaufender Appendicitis oder appendicitischer Beschwerden.

6. Recidivirende Appendicitis ist ebenso zu behandeln, wie der acute frische Fall; es empfiehlt sich nicht, allzu

sehr darauf zu bauen, dass durch vorhergegangene Attacken ein gewisser Wall gegenüber der diffusen Peritonitis sich entwickelt hat. Besonders solche Recidive, die nach jahrelangem freiem Intervall auftreten, können sehr schwer verlaufen.

7. Gegen den principiellen Ersatz der Intervall-Operation der Frühoperation bei einem Recidiv von Appendicitis, wie ihn Sprengel vorschlägt, habe ich das Bedenken, dass die Frühoperation eine grössere Mortalität aufweist als die fast gefahrlose Intervalloperation. Bei vorangegangenen besonders schweren Attacken von Appendicitis, deren Träger die nachherige Intervall-Operation versäumt haben, wird es sich empfehlen, der Indication für die Frühoperation grösseren Raum zu gewähren.

8. Die Prophylaxe der Appendicitis beruht, soweit sie überhaupt möglich ist, in dem Fernhalten von schädlichen Substanzen (Fremdkörpern, Mikroorganismen, ungekochten Speisen), von der Einfuhr in den Magendarmcanal, in der Sorge für rationelle Ernährung und regelmässige Entleerung des Darms.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1906 No. 16.)

— **Zur internen Behandlung der Perityphlitis** betitelt sich eine Arbeit von Dr. R. Zollikofer (St. Gallen). Autor betont vor Allem, dass das übliche Durstenlassen dem Patienten zu grossem Nachtheil gereicht. „Eine höchst bedeutungsvolle Folge der Wasserentziehung ist nach Dennig's Versuchen ein auf Eiweisszerstörung beruhender, progressiv zunehmender Stickstoffverlust. Während der hungernde Körper auf lange Tage hinaus nur seine Glykogen- und Fettdepôts beansprucht und verhältnissmässig wenig Eiweiss abbaut, setzt im Durst sofort der Zerfall in den lebensschwächeren Theilen des Protoplasmas ein und gefährdet damit die Zellen, die Träger der Körperfunctionen; dieser Zerfall überdauert nun eine Reihe von Tagen die Wasserentziehung, deren deletäre Folgen dadurch entsprechend gesteigert werden. Unter solchen Umständen kommt der Wasserverarmung des kranken Körpers die Bedeutung einer höchst unerwünschten Complication zu; es heisst, den Körper im Kampfe gegen die krankmachende Ursache förmlich entwaffnen, wenn man ihn der Durstcur aussetzt. Mit tapferem Muthe dem Patienten die Enthaltung jeglicher Flüssigkeitsaufnahme durch den Mund verordnen, ohne auf Ersatz in anderer Weise bedacht

zu sein, heisst mit seinem Stoffwechsel wenig umsichtig wirthschaften.“ Ein solcher Ersatz ist die *rectale Application physiologischer Kochsalzlösung.* Autor hat damit sehr befriedigende Resultate erzielt; diese Klystiere mildern den Verlauf der Krankheit und gestalten oft ihren Ausgang günstig. Autor applicirt mittels Irrigators unter geringem Druck langsam 6⁰/₀₀ ige, 40⁰ C. warme Kochsalzlösung, 1 Liter auf 3—4 Portionen vertheilt. Ein paar Tropfen Opium, den ersten Einläufen beigefügt, genügen auch, um dem Patienten Ruhe zu verschaffen. Diese Einläufe sind unschädlich, sie haben auch keine ungünstige Einwirkung auf die Peristaltik, denn sie bereiteten keine Schmerzen, wurden mühelos zurückgehalten und wirkten nicht abführend, wie folgende Beispiele zeigen: Ein 10jähriger Knabe hatte die 1. Stuhlentleerung 6½ Tage nach Beginn der Erkrankung; es waren ihm in dieser Zeit 26 Einläufe mit zusammen ca. 7½ Liter und dazu im Ganzen 28 Tropfen Opiumtinctur gegeben worden. Ein 18jähriger Patient erhielt bis zum Eintritt der 1. Stuhlentleerung, die am 11. Tage erfolgte, 27 Einläufe mit zusammen ca. 13½ Liter Kochsalzlösung und 0,09 g. Opium. Man kann also zur Verhütung der den Krankheitszustand der Perityphlitis erschwerenden Wasserverarmung diese rectalen Einläufe als wirksames und unschädliches Mittel empfehlen. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1906 Nr. 17.)

Gonorrhoe. In einem Artikel über **Gonosan und Gonorrhoetherapie** warnen Dr. C. Schindler und Dr. C. Siebert (Dermatol. Universitätsklinik Breslau) eindringlichst davor, G. einfach mit inneren Medicamenten zu behandeln. Sie haben sehr exacte Experimente mit Gonosan gemacht, wobei sich die Thatsache ergab, dass Gonosan auf die Gonokokken absolut nicht bactericid wirkt, also das gonorrhoische Virus nicht zu beseitigen vermag. Es kann die begleitenden Beschwerden wohl lindern, und wer es nehmen will, kann es nehmen, muss aber daneben eine *frühzeitige energische Localtherapie* anwenden; nur diese beseitigt zu gleicher Zeit nicht nur die Beschwerden der G., sondern auch das gonorrhoische Virus selbst. Durch blosse interne Therapie wird leider sehr oft der Zeitpunkt für eine erfolgreiche Localtherapie verpasst; das ist das Gefährliche der Sache. Neisser behandelt G. ohne Balsamica, nur local mit Protargol, und hat sehr zufriedenstellende Resultate zu verzeichnen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 27.)

— **Gonosan** hat Dr. S. Reiner (Wien) mit bestem Erfolge angewandt. Er schliesst seine diesbezüglichen Mittheilungen: „Nach meinen Erfahrungen stehe ich demnach nicht an, zu erklären, dass das Gonosan ein ganz vorzügliches, die anderen Balsamica in der Wirkungsweise weit übertreffendes Antigonorrhoicum ist, dessen Einführung in die Tripper-therapie einen wesentlichen Fortschritt bedeutet. Es besitzt die wirksamen Eigenschaften der übrigen Balsamica in erhöhtem Masse, nebst einer dem Gonosan allein zukommenden anästhesirenden und ischämisirenden Eigenschaft. wodurch eine intensive günstige Beeinflussung und eine hiermit in Zusammenhang stehende Abkürzung des Krankheitsprocesses erzielt wird. **(Wiener med. Presse 1906 No. 35.)**

— **Über Arhovin** macht Dr. Ernst R. W. Frank (Berlin) Mittheilungen. Er hat mit dem Präparat experimentelle Versuche angestellt und gefunden, dass hierbei, gleichwie bei anderen Balsamicis, von einer wirklichen antiseptischen Wirkung nicht die Rede ist, woraus folgt, dass Arhovin ebensowenig wie alle übrigen internen Mittel die locale Antisepsis bei G. überflüssig macht. Zur Abtödtung der Gonokokken werden wir der Silbereiweisspräparate, als deren wirksamstes Autor das Albargin ansieht, nicht entrathen können. Wohl aber muss uns Arhovin als Unterstützungsmittel willkommen sein wegen seiner reizmildernden und schmerzstillenden Wirkung auf entzündliche Schleimhauterkrankungen der Harnwege. Allen bisher bekannten Mitteln zur inneren Behandlung der G. haftete der Nachtheil an, dass sie den Magendarmcanal und die Nieren reizten. Ganz besonders unangenehme Reizerscheinungen sah Autor vom Gonosan eintreten; alle Patienten klagten über Aufstossen, Magenschmerzen, Uebelkeit etc. Bei Arhovin, auch wenn es lange Zeit über gegeben wurde, sind nie die geringsten Nebenerscheinungen beobachtet worden. Ferner hat Autor den Eindruck gewonnen, dass in Fällen gonorrhoischer und anderweitiger bacterieller Infection der Harnwege die damit verbundenen Reizerscheinungen durch Arhovin beseitigt resp. bedeutend herabgesetzt wurden, besonders deutlich bei entzündlichen Processen der Urethra posterior und des Blasenhalses. **(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 31.)**

— **Die externe Behandlung der G. mit Arhovin** empfiehlt Dr. K. Ganz (Brünn). Prompt und reizlos wirkend, ist Arhovin wohl das „Ideal eines Trippermittels“. In 1—5%igen Lösungen in Ol. Olivar. giebt es ein haltbares, auf G. specifisch wirkendes Medicament, das sich auch zur externen

Anwendung vorzüglich eignet, in den genannten Lösungen oder, bei empfindlichen Patienten und solchen, die nicht injiciren können, in Form von Bacillen (0,05 Arhovin auf 1,0 Ol. Cac.), bei weiblichen Genitalien als Globuli (0,1 Arhovin auf 2 g. Ol. Cac.). Die Wirkung war bei Urethritis acuta anter. eclatant. Anfangs 1—2%ige Lösungen, die dann rasch auf 3—5% gesteigert wurden; Injectionen 3 Mal täglich mit einer 15 ccm fassenden Spritze. Bei Urethritis acuta poster. 3—5%ige Lösungen als Injectionen oder Spülungen nach Janet. Auch hier schöne Erfolge! In zwei chronischen Fällen, die seit Monaten mit verschiedenen Mitteln behandelt waren, nach 3—4 Wochen Heilung durch Spülungen mit 5%igem Arhovinöl. Bei der weiblichen G. ähnliche Erfolge. In einem Falle, bei blosser Localisation auf die Harnröhre, genügten die Stäbchen, 2 Mal täglich applicirt; in einem 2. Falle (Urethrovaginalkatarrh) Spülungen der Scheide mit 5%igem Arhovinöl und hierauf Einführen von täglich je 2 Stück Globuli. Beide Frauen genasen in kurzer Zeit. In den Fällen, wo die Injectionen contraindicirt waren oder aus anderer Ursache unterblieben, sah Autor von der internen Arhovinbehandlung ausgezeichnete Erfolge (3—6 mal täglich je 1—2 Kapseln à 0,25 g); es verschwanden sehr bald die schmerzhaften Sensationen und das Brennen bei der acuten G. und Cystitis. Reizungen der Nieren, Belästigungen des Magens u. s. w. wurden nie beobachtet. (Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 38.)

— Das von Dr. Blanck (Potsdam) angegebene **Tascheninjections-Besteck** (hergestellt von der Firma Hoffmann & Co., Potsdam) empfiehlt Dr. W. Hammer (Berlin). Das sehr zweckmässig eingerichtete (s. Abbildung), incl. des Inhalts nur 381 g wiegende Besteck, das nur 3,50 M. kostet), gestattet ein durchaus sauberes Hantiren bei den Injectionen, die damit bequem auch



ausserhalb der Häuslichkeit vorgenommen werden können, sodass das Geheimhalten des Leidens besonders gut gewährleistet ist. Am besten wäre es, wenn der behandelnde Arzt diese Bestecks seinen Patienten selbst einhändigte, wie das ja auch bei Mutterringen geschieht.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1906 Nr. 9).

Haemorrhoiden. **Ueber Behandlung der H.** ist das Thema eines klinischen Vortrags von Prof. Dr. Riedinger (Würzburg). Man soll möglichst früh gegen die H. einschreiten, doch nicht sofort chirurgisch, da im Beginne des Leidens und wohl auch in vorgeschrittenerem Stadium die medicinisch-diätetische Behandlung vorzügliche Dienste thun kann. Die Prophylaxe hat ein recht dankbares Feld. Ist es möglich, das causale Moment zu eruiren, so muss dasselbe in erster Linie beseitigt werden. Das gilt vor allem von den abnormen Druckverhältnissen im Darm und im Abdomen. Unregelmässigkeiten des Darmes, besonders habituelle Verstopfung, müssen behoben werden. Abführmittel sind zu vermeiden. Regelung der Diät — leicht verdauliche Kost, die nicht viel Rückstände hinterlässt, wenig Alkohol — Bewegung im Freien, Massage des Unterleibes, Bäder, medico-mechanische Behandlung führen meist zum Ziel; ganz besonders förderlich sind die Karlsbader und ähnliche Quellen. Ein bestehender Mastdarmkatarrh erfordert besondere Aufmerksamkeit. Besonders zweckmässig sind ausserdem kalte Waschungen der Analgegend, insbesondere nach jedem Stuhl; man benutzt dazu am besten in das Wasser getauchte Watte, worauf mit trockener Watte abgetupft wird. Auch kühle Sitzbäder und kalte Einläufe sind vortheilhaft. Manche Patienten erleichtern sich wesentlich durch horizontale Lage — besonders durch Bauchlage — unmittelbar nach der Defäcation. Hantelpessare, Digitalmassage des Rectums erweisen sich öfters bei H. als nützlich. Ekzeme, Schrunden und Fissuren müssen behandelt werden. Bei plötzlichen starken Blutungen legt man am besten die blutende Stelle frei und unterbindet, wenn die Verschorfung im Stich lässt. Führen diese Massnahmen nicht zum Ziel, treten erschöpfende Blutungen auf, prolabiren die Knoten häufig und machen durch Reizung und Entzündung allerlei Beschwerden, so ist die *chirurgische Behandlung* indicirt. Die *unblutige* besteht in der gewaltsamen *Dilatation des Rectums*, in einer oder mehreren Sitzungen, am besten mit den beiden eingeölten und hakenförmig gekrümmten Zeigefingern. Chloro-

formnarkose ist nicht immer nöthig, es genügt Cocain. Bei Patienten, die sich zu einer anderen Operation nicht entschliessen können, ist diese Methode zu versuchen, mit der auch Autor in leichteren Fällen zufrieden war. Manchmal wird sogar durch einmalige Dehnung ein definitiver Erfolg erzielt. Die blutigen Eingriffe sind: *Kauterisation*, *Exstirpation*, *Ligatur*. Kauterisirt wird jetzt mit dem *Thermokauter*. Nachdem Patient einige Tage gründlich abgeführt hat und auf flüssige Diät gesetzt ist, erhält er Opium. Vor der Operation, die in Steinschnittlage ausgeführt wird, spült man das Rectum aus, dilatirt es manuell und wölbt die Knoten vor. Dann fasst man diese mit einer Balkenzange in der Längsrichtung des Rectums und legt hinter sie in gleicher Richtung die mit Horn oder sonst einem schlechten Wärmeleiter armirte Blattzange an (zweckmässig ist es, wenn man darunter eine nasse Compresse schiebt). Nun wird langsam der Knoten verkohlt. Ist er sehr gross, so kann man den Kopf mit einer Schere abschneiden, was den Act der Verbrennung abkürzt. Dann öffnet man langsam die Branchen der Zange und controllirt die Schorffläche. Stellt sich stärkere Blutung ein, so betupft man mit dem Thermokauter oder ligirt. Rotter näht die verschorfte Fläche mit Catgut; das ist recht zweckmässig. Ebenso verfährt man mit den übrigen Knoten. Die Verschorfung darf aber keine circulär-continuirliche sein, sondern es muss reichlich Schleimhaut zwischen den kauterisirten Stellen stehen bleiben, auch wenn nicht alle Knoten gebrannt werden, da sonst eine Stenose entsteht. In das Rectum wird von manchen ein starkes, mit Jodoformgaze umwickeltes und in Vaseline getauchtes Drainrohr gelegt, zur Erleichterung des Gasabganges, und in kleinen Dosen Opium weiter gegeben. Nach 4—5 Tagen wird Stuhl provocirt, der zuerst blutig ist und Beschwerden macht, bei älteren und schwächeren Patienten auch zu Ohnmachten führen kann. Die an den Kauterisationsstellen auftretenden Granulationsflächen verheilen manchmal erst nach Wochen und werden mit Salben behandelt. Stärkere Schmerzen nach der Operation erfordern Morphium. Eine nicht selten auftretende Harnverhaltung verschwindet meist schon am 2. Tage; nur im äussersten Nothfalle katheterisire man. Manchmal treten grössere Nachblutungen ein, die bedrohlich werden können, wenn sie in's Mastdarmlumen erfolgen und sich der Diagnose entziehen. In leichteren Fällen kommt man auch mit Stichelungen mittels des spitzen Thermokauters aus. Man

dringe nicht sehr tief ein und ziehe das Instrument nicht gewaltsam heraus, da man sonst den Schorf mit fortreisst und Blutung bekommt. Die radicalste Operation ist die *Exstirpation*, die aber einen gewandten Operateur und gute Assistenz erfordert. Anders die *Ligatur*, die einfachste und sicherste Methode bei inneren und intermediären (zum Theil innen, zum Theil aussen liegenden) H., die auch ein nicht Geübter rasch und ohne besondere Assistenz ausführen kann, die sicher gegen Nachblutungen, Stenosen und Infectionen schützt, eine sehr kurze Heilungsdauer hat und sich als blutsparender Eingriff mit dauerndem Erfolg bewährt hat. Vorbereitung: gründliche Entleerung des Darmes, Diät, Opium, Ausspülen des Rectum unmittelbar vor der Operation, Vorwölben der Knoten durch Auspressen eines Warmwasserklysmas. Bei den inneren Knoten genügt eine Bepinselung mit einer 10%igen Cocainlösung vollkommen. Sie sind im Allgemeinen an und für sich weniger empfindlich als die äusseren. Die ersteren werden von den nicht sensiblen Nervi haemorrhoidales medii, die letzteren von dem sensiblen Nervus pudendus communis besorgt. Bei den äusseren Knoten empfiehlt sich mehr die Kauterisation unter Infiltrationsanästhesie. Bei sehr sensiblen Patienten kann man auch zum Chloroform greifen. Zweckmässig ist die Dilatation des Sphincters mit beiden Zeigefingern nach aussen gerichtet. Der Kranke nimmt am besten die Steinschnittlage ein. Man kann aber bei der localen Anästhesie auch sehr gut in der Knieellenbogenlage operiren. Der oder die Knoten werden sodann mit einer kleinen Muzeux'schen Zange, einer Kornzange oder einer passenden Pince à cremaillière in der Längsrichtung gefasst, vorgezogen und hinter dem Instrument ligirt. Da die Schleimhaut in der Regel sehr mürbe ist, muss der Assistent, der den Knoten anzieht, vorsichtig sein, damit das Gewebe nicht einreisst. Es ist auch kein besonderer Zug nöthig. In erster Linie muss der Knoten ligirt werden, der die Blutung verursacht hat. Es ist nicht nöthig, dass grosse Partien auf einmal unterbunden werden. Auch sollen nicht sehr viele Ligaturen angelegt werden. Manchmal genügt eine; mit drei bis vier kommt man immer aus; denn es ist eine Thatsache, dass die anderen dazwischenliegenden Haemorrhoiden sich zurückbilden. Das gilt sogar bis zu einem gewissen Grade für die äusseren — den Abflüssen des Plexus internus. Dagegen muss der Knoten so tief als möglich abgebunden werden. Als Ligaturmaterial verwendet Autor stärkere, aber nicht zu dicke

Seide, da diese leicht abrutscht. Es ist absolut nothwendig, dass die Ligatur, die keinesfalls nur einen oberflächlichen Theil des Knotens abschnüren darf, so fest als nur möglich angezogen wird. Der Faden muss deshalb lang sein. Je energischer die Gewebe zusammen-, resp. abgeschnürt werden, desto geringer ist nach der Operation der Schmerz, desto eher fallen die Knoten necrotisch ab und desto geringer ist die Wunde, resp. Granulationsfläche. Die abgebundenen Knoten werden mit Jodoform bepudert. Meist rutschen sie glatt in das Rectum zurück. Im Nothfall hilft man mit dem eingeölten Finger etwas nach. Druck soll man nicht anwenden, damit der Faden nicht abrutscht. Die intermediären lässt man an Ort und Stelle liegen. Jodoformgaze führt Autor nicht ein. Allenfalls kann zur Ableitung der Gase ein dünnes Drainröhrchen eingelegt werden. Autor verzichtet auch darauf. Die meisten Kranken haben nach der Operation keine besonderen Schmerzen. Stellen sich aber doch solche ein, so ist Morphium am Platz. Lange halten sie aber nicht an. Nach den ersten 24 Stunden sind die Operirten in der Regel schmerzfrei. Ab und zu wird für den ersten Tag Urinretention beobachtet. Da der Darm leer ist, stellen sich nur ganz selten quälende Flatus ein. Trotz Opium tritt bei manchem Patienten manchmal Stuhl früher ein, als erwünscht. Autor hat nie Unannehmlichkeit daraus resultiren sehen. Besser ist es, wenn die Entleerung aber fünf Tage hinausgeschoben wird. Es darf aber nicht vergessen werden, dass sich dann der Durchtritt des geballten Kothes durch das Rectum schmerzhaft gestalten kann. In der Regel geht aber auch das glatt ab. Manchmal ist der Stuhl leicht mit Blut tingirt. Ein Oeleinlauf erleichtert den Austritt. Als Abführmittel giebt man am besten Ricinus oder Bitterwasser. Dass manche Patienten beim ersten Stuhl eine leichte Ohnmacht bekommen können, ist schon erwähnt. Ein Schluck Wein oder etwas Thee mit Cognac vorher sind zweckmässig. Nach der Entleerung erfolgt gründliche Reinigung, eventuell ein Sitzbad. Die Analgegend ist in den ersten Tagen in der Regel etwas gereizt, geschwollen und empfindlich. Das geht aber schnell zurück. Die Ligaturen, die man am besten kurz abschneidet, damit keine Zerrung entsteht, fallen meist nach etwa acht Tagen ab; manchmal früher, wenn der Stiel nicht dick war. Die nur minimale Wundfläche verlangt keine besondere Behandlung. In der zweiten Woche können die Patienten das Bett verlassen. Irgend welche Compli-

cation (Thrombophlebitis, Embolie) hat Autor nicht resultiren sehen. Auch keine Fisteln und keine Incontinenz des Sphincters. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 34.)

Intoxicationen. **Ueber Lysolvergiftung** macht Prof. Dr. J. Blumenthal (I. Medic. Klinik der Univers. in Berlin) Mittheilungen. Aus denselben geht zunächst hervor, dass, wenn etwa 2—3 Stunden nach der Aufnahme des Lysols eine Magenspülung gemacht wird, noch eine sehr erheblich grosse Menge des eingeführten Lysols wieder herausgebracht werden kann. Ferner, dass der Vergiftungs- und Entgiftungsprocess sich hier in den ersten 48 Stunden vollkommen abspielt. Schneller noch spielen sich die klinischen Erscheinungen ab. In einigen Fällen war bereits 2—3 Stunden nach der Magenspülung das Bewusstsein wieder da. Wenn dasselbe nach 12 Stunden noch nicht wiedergekehrt ist, so ist das ein übles Zeichen. Wer nicht in den ersten 24 Stunden stirbt, kommt fast stets durch. Die Hauptsache bei der Therapie ist die so früh wie möglich ausgeführte Magenspülung. Autor spült so lange, bis das Spülwasser kaum noch nach Lysol riecht, und giesst zum Schluss 3/4 Liter Milch in den Magen. Daneben ist sehr wichtig Injection von Herzmitteln. Hier bewährte sich besonders die intramuskuläre Application von Digalen: 1—2 ccm der Originallösung auf einmal (0,3—0,6 mg). Unter 8 Fällen kamen 7 durch; 2 mit geringer Schluckpneumonie; 6 hatten Albumen in mässiger Menge, hyaline und granulirte Cylinder (Albuminurie und Cylindrurie verschwanden nach einigen Tagen, nie kam es zu einer echten Nephritis). Oesophagusstenose oder Ulcera im Digestionstractus nie nachweisbar. Die Lysolvergiftung ist also insofern gutartig, als der Selbstmörder, wenn er nicht in den ersten 24 Stunden ad exitum kommt, die ziemliche Sicherheit hat, ohne dauernde Störungen zu bleiben. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 32.)

— Eine **schwere Nierenerkrankung nach äusserlicher Chrysarobinapplication** beobachtete Dr. R. Volk (K. K. Allgem. Krankenhaus in Wien). Es handelte sich um eine chronisch-parenchymatöse Nephritis, die nach, allerdings reichlicher, Application von Chrysarobin sich entwickelt hatte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 40.)

— **Ueber Nystagmus toxicus** berichtet Th. Weyl (Physiolog. Institut der Berliner Universität). Bekanntlich findet sich Nystagmus bei den in Kohlengruben beschäftigten Berg-

leuten (in 5% der Belegschaft). Nun hat Autor bei Versuchen, die er über die Giftigkeit von Chinosol, Lysol und Kresol anstellte, unter 75 Fällen 6 Mal solchen Nystagmus gesehen, ausserdem bei 2 Fällen von Vergiftung mit Carbolsäure. Alle Versuche wurden an Kaninchen angestellt. Von den Erregern des Nystagmus toxicus enthalten Carbol und Kresol (Methylcarbol) eine freie Phenol-Hydroxylgruppe, und auch die toxische Substanz des Lysols ist nichts Anderes, als ein Gemisch von Ortho- und Parakresol. Das Chinosol endlich lässt sich schon durch Behandlung mit Aether in Oxychinolin und Schwefelsäure zerlegen, sodass auch dieses Präparat wahrscheinlich im Thierkörper sehr leicht in seine Componenten gespalten wird und toxikologisch wohl auch als ein mit einer freien Hydroxylgruppe versehener Körper angesprochen werden muss. Bemerkenswerth ist es, dass die Hauer, die den grössten Procentsatz zu allen an Nystagmus erkrankten Bergleuten stellen, mit einem Stoffe in innigste Berührung kommen, der, wie die Steinkohle, bei geeigneter Behandlung in grossen Mengen Carbol und Kresol liefert.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 38.)

Meningitis. **Die Anwendung der Pyozyanase bei der Behandlung der epidemischen Säuglingsgrippe und der M. cerebrospinalis** empfiehlt Prof. Th. Escherich (K. K. Universitäts-Kinderklinik Wien). Er versuchte das vom Lingner'schen Laboratorium (Dresden) hergestellte Mittel erst gelegentlich einer auf der Säuglingsabtheilung herrschenden Grippe-Epidemie. Nachdem ein Kind erkrankt war und mehrere andere nachgefolgt waren (Pfeiffer'scher Mikrococcus gefunden!), wurden sämmtlichen Säuglingen je 5 Tropfen Pyozyanase in jedes Nasenloch eingeträufelt, worauf weitere Erkrankungen sistirten und die Kokken im Nasensecret nicht mehr nachweisbar waren. Die mit den gewonnenen Reinculturen angestellten Versuche ergaben, dass der Pyozyanase eine electiv entwicklungshemmende und tödtende Einwirkung auf den Mikrococcus catarrhalis (und ebenso auf den Meningococcus) zukommt, während andere pathogene Keime sich als viel widerstandsfähiger erwiesen. Es wurde nun auch bei Patienten mit M. cerebrospinalis das Mittel benutzt. Maassgebend dafür war der Umstand, dass der Meningococcus dem Micrococcus catarrhalis biologisch sehr nahe steht, dass die Infection der Meningokokken ähnlich wie die der Grippe wahrscheinlich in den ersten Respirationswegen erfolgt und

dort ähnliche Krankheitserscheinungen verursacht. Es war zu erwarten, dass durch die Abtödtung der in der Nase und dem Nasenrachenraum vorhandenen Meningokokken der Infectionsträger unter Umständen vor einer Erkrankung an M. behütet werden kann, dass dadurch auch die Infection der Umgebung verhindert, und dass unter der Voraussetzung, dass alle vorher mit dem Kranken in Berührung gekommenen Personen oder zum mindesten diejenigen, in deren Nase Meningokokken nachgewiesen werden, bis zum Verschwinden der Krankheitserreger isolirt und behandelt werden, vielleicht der hauptsächlichste Verbreitungsmodus der Seuche beseitigt werden könnte. Die elective Wirksamkeit des Mittels gegenüber dem Meningococcus legte auch den Gedanken nahe, bei der schon ausgebrochenen M. durch Injection der Pyozyanase in den Rückenmarkscanal die eingedrungenen Keime zu tödten. Die Durchführung der intraduralen Injection bietet keinerlei Schwierigkeiten, das Mittel wurde auch in Dosen von 3—5 cm^3 gut vertragen; Reizerscheinungen und Collapse kamen ja vor, gingen aber rasch vorüber. In den meisten Fällen war nach der Lumbalpunction und der anschliessenden Injection von Pyozyanase Abnahme des Fiebers und Besserung der nervösen Erscheinungen zu constatiren, jedoch war dies leider nicht immer der Fall, und es konnte auch in früh und energisch behandelten Fällen nicht der Exitus verhindert werden. Es wurden nach der Injection auch bacteriologische Untersuchungen der Punctionsflüssigkeit vorgenommen; meist wurde Verminderung der Bacterien, ja völliges Verschwinden derselben constatirt. In schweren Fällen war dies freilich nicht immer so, und man kann daher nicht sagen, dass eine sichere Abtödtung der in die Hirnhäute eingedrungenen Meningokokken durch Pyozyanase gelingt. Dagegen ergaben die an der Nase und im Nasenrachenraum angestellten Desinfectionsversuche einen sehr befriedigenden Erfolg, indem meist schon nach einmaliger gründlicher Ausgiessung derselben mit 5—20 Tropfen Pyozyanase bei den erkrankten Kindern Meningokokken 24 Stunden später nicht mehr nachweisbar waren; bei älteren Kindern und Erwachsenen wurden grössere Dosen, 1—2 cm^3, in jedes Nasenloch gebracht, event. mittels des vom Autor angegebenen Sprays. Die Behandlung ist einfach und wenig kostspielig, sodass auch die anscheinend gesunden Personen der Umgebung des Pat. derselben unterzogen werden können. Es ist kaum daran zu zweifeln, dass mit dem Verschwinden der Meningo-

kokken aus dem Nasensecret nicht nur der Inficirte vor der drohenden Gefahr der M. geschützt ist, sondern auch die Umgebung des Kranken vor der Ansteckung behütet und die Verbreitung der Seuche durch gesunde Zwischenträger verhindert werden kann.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 25.)

— **Ueber das Entstehen der Genickstarreepidemie** hat Dr. L. Jehle auf einer Studienreise, die er auf Anregung Escherich's, seines Chefs, nach Orlan unternahm, sehr interessante Beobachtungen gemacht. Zunächst konnte er wieder constatiren, dass *zeitlich* aufeinander folgende Erkrankungen *räumlich* in der Regel von einander getrennt sind, dass demnach ein Infectionsweg, wie er bei Scharlach oder Masern vorkommt, bei der Genickstarre absolut nicht in Betracht kommen kann. Kinder sind hier als Infectionsträger auszuschliessen. Es müsste ja sonst zu Schulepidemien, ferner in den kinderreichen Arbeitercolonien zu deutlichen Infectionsherden kommen, da ja gerade Kinder sich mehr in der Umgebung ihrer Wohnung aufhalten und dort spielen. Nur Erwachsene, insbesondere die Eltern der Kinder, als Zwischenträger können an der Weiterverbreitung der Krankheitsfälle schuld sein und inficiren ihre eigenen oder fremde Kinder. Autor beobachtete, dass in weitaus überwiegender Mehrzahl nur Kinder erkrankten, deren Väter in ein und derselben Grube beschäftigt waren, während die vielen anderen Kinder von Arbeitern anderer Schächte gesund blieben, obwohl sie innerhalb der Arbeitercolonien räumlich oft ganz dicht mit den Kindern der betroffenen Familien zusammenlebten. So können wir uns jetzt auch die anscheinende Regellosigkeit und das Sprunghafte des Auftretens der Erkrankungen im Epidemiegebiet für die Mehrzahl der Fälle leicht erklären. Dass selbstverständlich versprengte Krankheitsfälle auch in Familien anderer Schachtarbeiter vorkamen, liess sich leicht darauf zurückführen, dass für eine Anzahl Arbeiter verschiedener Schächte der Weg zu und von der Arbeitsstelle ein gemeinsamer ist. *Die Grube spielt aber für die Genickstarre eine ähnliche Rolle, wie die Schule für die anderen Infectionskrankheiten.* Sie ist das Centrum, von dem die Erkrankungen ihren Ausgang nehmen. Ist in eine Grube von irgend woher ein Meningokokkenträger gelangt, so inficirt er durch seinen Auswurf seine Mitarbeiter in derselben Grube, und diese bringen aus ihr, ohne selbst zu erkranken, die Krankheitskeime

in ihre Familie. Indirecte Ansteckungen innerhalb der Grube sind deswegen durchaus nicht ausgeschlossen, weil der Schacht mit seiner Wärme, Feuchtigkeit etc. einen riesigen Brutschrank darstellt. Die Erkrankung des Kindes zu Hause erfolgt gewiss durch das Ausspucken von Seiten des heimkehrenden Vaters, der als Bergarbeiter ja so oft an Pharyngitis leidet. Dies Ausspucken und Schnäuzen ist bei Kindern selten, deshalb ist auch eine Uebertragung von Kind zu Kind so selten. So finden auch zwei weitere Thatsachen ihre Erklärung: das Auftreten der M. fast nur in Gegenden mit Bergwerksbetrieb und das Ansteigen der Fälle während der Herbst-, Winter- und Frühjahrsmonate, in denen die auswurfverursachenden Erkältungskrankheiten an der Tagesordnung sind. Es kann nun auch nicht mehr überraschen, dass die bisherigen Maassnahmen gegen die Ausbreitung der Genickstarre so wenig nützen. Die Infectionsträger, die Erwachsenen, liess man sich frei bewegen und versuchte nie die Behandlung dieser Infectionsquellen. Es müssten richtiger Weise die Arbeiter aus einer betroffenen Familie so lange von der Arbeit ferngehalten werden, bis sie durch energische Behandlung als Infectionsträger ausgeschaltet worden sind.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 25.)

Oedem. Einen **Fall von traumatischem Oedem** beobachtete Dr. F. Köhler (Heilstätte Holsterhausen bei Werden a. d. Ruhr). Solche Fälle bieten für die Unfall-Lehre grosses Interesse insofern, als auf der Basis bestehender allgemeiner Neurasthenie ein möglicher Weise ganz geringfügiges Trauma einer Extremität eine derartige Störung der vasomotorisch-trophischen Thätigkeit im Organismus herbeiführen kann, dass der Unfallverletzte eine lange Zeit völlig unfähig zum Gebrauch der betroffenen Extremität sein kann. Die Entwicklung peripherer Oedeme nach Extremitätenverletzung ist selten beschrieben, über die eigentliche Natur der Erscheinung ist man bisher noch nicht völlig in's Klare gekommen. Man nahm bisher allgemeine Neurasthenie als Basis an. Indessen kommt einerseits bei hochgradig neurasthenisch veranlagten Individuen das traumatische Oedem häufig nicht vor, andererseits tritt es auf bei Leuten, deren Neurasthenie gar nicht so evident im Vordergrund steht. Autor neigt noch am ehesten dazu, anzunehmen, dass die neurasthenische Basis allein nicht genügt, vielmehr vor allen Dingen der *momentane psychische Shok* im und durch das Trauma eine ausschlaggebende

Rolle spielt. Nun werden ja allerdings im Allgemeinen ruhige Naturen von einem plötzlich einwirkenden Trauma weniger aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht, wie leicht erregbare Menschen, aber dennoch kann das Unerwartete, Plötzliche, insbesondere auch das mit sofort einsetzenden Schmerzen einhergehende Trauma einen mächtigen Eingriff in den regelmässig ruhigen Ablauf der psychischen Functionen des Individuums verursachen, sodass eine Nervenstörung die Folge ist. Autor beschreibt nun folgenden Fall: 21jähriger Gärtner, ein im allgemeinen ruhiger Mensch, stolpert am 19. XI. im Zimmer und schlägt mit dem 2. Finger der rechten Hand, da er sich festhalten will, gegen die Tischkante. Keine äussere Wunde, keine Luxation, keine Fractur. Der Fall kam ihm sehr überraschend und er hatte das Gefühl, den Finger schwer verletzt zu haben. Nach wenigen Stunden schwoll der ganze rechte Vorderarm an; Handgelenk, Hand und allmählich der Unterarm zeigten cyanotische, stellenweise inselförmige, hellrothe Verfärbung, Temperatur des Armes herabgesetzt. Strecken des Unterarmes infolge der Anschwellung bis zum gestreckten Winkel im Ellenbogengelenk unmöglich. Das active Strecken der Hand im Handgelenk stark behindert, ebenso die Beugung. Supination und Pronation schmerzhaft. Faustmachen und Spreizen der gleichmässig angeschwollenen Finger unmöglich. Druck auf die einzelnen Finger, namentlich auf das Dorsum manus, das Handgelenk, den unteren Theil des Radius und der Ulna schmerzhaft, ebenso das Beklopfen des Acromion. Drücken der Musculatur des Unterarmes in ganzer Ausdehnung sehr schmerzhaft. Deutliche Anästhesie des rechten Unterarmes in der gesammten Ausdehnung. Bei der Entlassung des Patienten am 3. I. 06 Gebrauchsfähigkeit des Armes ein wenig gebessert. Verfärbungen weniger ausgeprägt, noch deutliche Temperaturherabsetzung und Herabsetzung der Gefühlsqualitäten. Zeitweise geringe Parästhesien im rechten Ellbogen; Faustballen noch nicht möglich, wohl aber das Bewegen einzelner Finger. Behandlung: Heisse Localbäder des Armes, locale Dampfdouchen, Massage und Elektrisiren, Einreibungen von Jodvasogen, allgemeine hydrotherapeutische Maassnahmen. (Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 25.)

— **Ueber einen Fall von acutem umschriebenen Oedem bei Tabes dorsalis** berichtet Dr. Kürbitz (Psychiatr. Klinik Königsberg). Bei einer 48jährigen Frau, die an Tabes litt,

stellte sich eines Tages plötzlich dieses Oe. ein und hielt 3 Tage an. Acutes umschriebenes Oe. kommt nicht selten bei Erkrankungen des nervösen Apparates vor, relativ häufig auch im Anschluss an Morbus Basedowii. Nun fand sich bei der Patientin auch geringer Exophthalmus und etwas Pulsbeschleunigung vor, doch waren nicht genügend Anhaltspunkte vorhanden, um Morbus Basedowii als ätiologisches Moment anzusehen, vielmehr lag der Gedanke näher, die Schwellung als Ausdruck der Tabes aufzufassen, für deren unbedingtes Bestehen die Pupillenstarre und das Fehlen des Kniescheibenreflexes sprachen, wozu noch hartnäckige Kopfschmerzen, Kriebeln in den Fingerspitzen und Zehen, rheumatismusartige Schmerzen in den Oberschenkeln als subjective Symptome hinzukamen, sowie ein langwieriges Ekzem an den Händen, das zweifellos ebenfalls mit der Tabes zusammenhing. Denn es zeigte sich vor 3—4 Jahren, als die Tabes schon vorhanden war, es konnte trotz aller Behandlung nur höchstens zeitweilig Besserung erzielt werden; und endlich sprach für die gleiche Grundlage des acuten umschriebenen Oe. und des Ekzems noch das Auftreten von Bläschen an den Händen zur Zeit des Oe., mit dessen Abklingen sie wieder schwanden. Was das Oe. selbst anbetrifft, so zeigte es sich in der Weise, dass plötzlich scharf umgrenzte, schmerzlose Schwellungen der Oberlippe und beider Oberlider auftraten, von blassgelber Farbe, ohne irgend ein Zeichen der Entzündung, nur etwas wärmer als die gesunde Umgebung. Daneben machten sich sehr intensive Kopfschmerzen, Pulsbeschleunigung (114—128) und Magenerscheinungen (Appetitlosigkeit, Neigung zum Brechen) geltend und das Ekzem wurde, wie schon erwähnt, heftiger. Nach 3 Tagen war alles weg. Es handelte sich also sicher um ein acutes umschriebenes Oe., das zweifellos mit der Tabes in Zusammenhang stand.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 36.)

Paralysen. **Sensibilitätsstörungen bei Paralysis progressiva incipiens** fand Prof. Dr. J. Piltz (Krakau) unter 20 Fällen 16 Mal und er fasst das Resultat seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Im Frühstadium der progressiven Paralyse (Paralysis progressiva incipiens) kommen oft folgende Sensibilitätsstörungen vor:

1. Eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der Haut — Hypalgesie oder Analgesie — am ganzen Körper mit Ausnahme einer schmalen Zone am Halse in Form

eines Kragens, eines mehr oder weniger breiten Gürtels oder eines Corsettes am Rumpfe und der hinteren Oberfläche der unteren Extremitäten, wo die Schmerzempfindlichkeit normal erhalten oder manchmal sogar gesteigert ist (Hyperalgesie).

2. Eine Steigerung der tactilen Sensibilität (Hyperästhesie) am Rumpfe entweder in der Lenden- oder Dorsalgegend des Rückens oder in Form eines Corsettes oder eines mehr oder weniger breiten Gürtels.

(Neurolog. Centralblatt 1906 No. 15.)

– **Ein Fall von Blasenlähmung in Folge Verletzung der Cauda und des Conus medullaris** wurde von Dr. Wolff (Metz) beobachtet, der darüber folgende Krankengeschichte giebt:

„Der Hüttenarbeiter G. hatte am 4. August 1904 einen Unfall unter folgenden Umständen erlitten: Im Begriff, ein ca. 5 m langes, mehrere Kilo schweres T-Eisen mit einem Kameraden auf einen Eisenhaufen zu werfen, entfiel ihm dasselbe und schlug gegen die linke Seite des Unterleibes derart an, dass G. mit dem linken Kreuz gegen einen Steinhaufen aufschlug. Nach anfänglich unbedeutenden örtlichen Beschwerden stellten sich allmählich die Zeichen der Blasenlähmung ein, so dass er im September Krankenhausaufnahme nachsuchen musste. Seine jetzigen Klagen sind folgende: Beständiger unwillkürlicher Urinabgang, G. trägt in Folge dessen ein Urinal. Ebenso Zeichen von Mastdarmlähmung, ständige Schmerzen im Kreuz, im Unterleib, in beiden Oberschenkeln zeitweise Parästhesien. Die Untersuchung der Genitalien ergiebt Folgendes: Harnkanal normal, Vorsteherdrüse vergrössert und Verlagerung des mittleren Lappens, dementsprechend Schwierigkeit des Katheterismus, Residualharn von 3- bis 400 Gramm, getrübt, alkalisch, Eiter, Epithelien, Bakterium coli. Capacität der Blase bedeutend herabgesetzt; willkürlich vermag Patient durch Bauchpresse allenfalls 150 Gramm zu entleeren. Die Cystoscopie ergiebt Schrumpfblase, wie sie sonst bei Tuberculose vorkommt, sonst keine Zeichen von Tuberculose, weder örtlich noch allgemein, kein Tumor, kein Stein, Ureteren normal. Der untere Abschnitt der Lendenwirbelsäule empfindlich bei starkem Druck auf die Wirbeldornen. Muskelbewegung und Hautgefühl an Becken und unteren Extremitäten normal, keine Spannungsveränderungen, dagegen linker Oberschenkel von geringerem Umfang als der rechte, ebenso linke Gesässmusculatur, elektrische Erregbarkeit normal. Hüft- und Schenkelnerven zeigen nichts Be-

sonderes. Kniereflexe beiderseits gleich und nicht erhöht, dagegen Achilles-Reflex, Skrotal- und Bauchreflex beiderseits aufgehoben. Am Damm, in der Afterrinne bis hinauf zum Steissbein, ferner rechts und links dieser Rinne eine schmerzfreie Zone, endlich an der unteren Seite des Hodensackes das Schmerzgefühl stark herabgesetzt. Ebenso Tast- und Temperaturgefühl an den erwähnten Regionen vermindert." — Dieses Gesammtbild deutete auf eine Affection des untersten Abschnittes des Rückenmarks des Conus, welcher gegen den 2. Lendenwirbel endet, sowie des diesen Conus umhüllenden und sich weiter nach unten fortsetzenden Nervenbündels (Cauda). Das Röntgenbild zeigte, dass es sich um einen Bruch des 2. Lendenwirbels handelte; derselbe erschien links eingebrochen, ein schräges Stück an der oberen linken Kante des Körpers abgesprengt.. Es fand also eine Quetschung des Conus sowie der Cauda statt. Natürlich ist die Prognose solcher Fälle absolut ungünstig; die grösste Gefahr droht von Seiten der Urininfection.

(Monatsschrift f. Hautkrankh. u. sexuelle Hygiene 1906, Nr. 9.)

— **Eine otogene Abducenslähmung** beobachtete Docent Dr. Alex. Baurowicz (Krakau). Es handelte sich um eine acute perforative Entzündung des Mittelohres, zu welcher sich bald eine Lähmung des N. facialis und abducens gesellte; nach etwa 3 Wochen waren diese P. aber wieder verschwunden. Eine Lähmung des N. facialis ist ja mit einer ausschliesslichen Erkrankung des Mittelohres leicht zu erklären. Nicht so die Abducenzlähmung, die, wie der Fall zeigt, ebenfalls bei Mittelohrentzündung auftreten kann; man hat hier an einen reflectorischen Ursprung durch den N. vestibularis zu denken.

(Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1906 No. 8.)

— **Amblyopie und Accomodationslähmung nach protrahirter Schwitzpackung** beobachtete Dr. W. Feilchenfeld (Charlottenburg) bei einem an Influenza erkrankten Pat., der sich eine Schwitzpackung gemacht hatte und in dieser bei sehr starker Transpirationswirkung 4½ Stunden verblieb. Unmittelbar darauf bemerkte Pat. eine hochgradige Beeinträchtigung seines Sehvermögens, welches bis vor dem Schwitzen auf dem rechten Auge stets vorzüglich gewesen war. Am andern Tage war die Sehkraft etwas besser, um aber schnell wieder nachzulassen und immer mehr zu sinken. Am 5. Tage Untersuchung. Amblyopie mit centralem Farbenskotom und völlige Accomodationslähmung. Letztere ging dann in Accomodationsschwäche

über, während die Amblyopie in kurzer Zeit ohne jede dauernde Beeinträchtigung der Sehkraft wieder schwand. Obwohl derartige Erscheinungen an den Augen auch bei Influenza selbst vorkommen, wäre es doch hier gezwungen, an eine Toxinwirkung zu denken und nicht eine Erschöpfungsfolge anzunehmen, wie sie ebenso nach starken Blutverlusten vorkommt. Das Schwitzen war überaus stark und ungewöhnlich lange ausgedehnt, unmittelbar darauf zeigten sich die Augensymptome, um schon nach wenigen Tagen sich zu bessern resp. zu verschwinden, da ist es wohl das Natürlichste, einen Zusammenhang mit der durch das Schwitzen bedingten Erschöpfung als ätiologischen Factor heranzuziehen.

(Wiener klin. Rundschau 1906 No. 38.)

Pneumonie. **Ueber das Westphal'sche Phänomen bei croupöser P. der Kinder** macht Dr. N. A. Kephallinós (Universitäts-Kinderklinik Graz) interessante Mittheilungen. Schon 1902 hatte Pfaundler von dort berichtet über das Verhalten des Patellarsehnenreflexes bei der P. der Kinder. Als besonders beachtenswerth bezeichnete er das Auftreten des Westphal'schen Phänomens im frühesten Stadium der Erkrankung, in dem die Diagnose sich höchstens auf gewisse Indicien, wie Schüttelfrost, hohe Continua, coupirte Athmung von diversem Typus, Acetonurie etc., nicht aber auf einen physikalischen Lungenbefund zu stützen vermag. Nach Ablauf der Erkrankung kehrte der Reflex in allen Fällen wieder, und zwar zumeist während oder bald nach der Krise. Pfaundler wies also darauf hin, dass das Westphal'sche Zeichen, sofern es bei croupöser P. der Kinder vorliegt, diagnostisch verwerthbar sei, namentlich in jenen Fällen, in denen wegen centralen Sitzes der Infiltration die physikalischen Erscheinungen verspätet auftreten, und in jenen, in welchen die cerebralen Erscheinungen an Meningitis denken lassen. Die Pfaundler'schen Mittheilungen begegneten Zweifeln und Opposition. Deshalb hat Kephallinós jetzt die in der Grazer Klinik vom Juli 1902 bis März 1906 sicher als P. erkannten Fälle (65 Kinder zwischen dem 4. und 15. Lebensjahre) genau untersucht. Die Patellarreflexe waren

nicht auslösbar . .	27 Mal	= 41,5 %
stark herabgesetzt .	3 „	
rechts nicht auslösbar	2 „	
	32 Mal	= 49,2 %

Also fast in 50 % der Fälle Störungen des Patellarsehnenreflexes! Sie fanden sich 8 Mal öfter als der Herpes! Jene Störungen zeigten sich oft vor dem Auftreten jedes physikalischen Lungenbefundes! Dieser trat erst einige Tage später in die Erscheinung. 12 Mal wurde das Wiederkehren des Patellarreflexes geprüft; 6 Mal wurde dieses am Tage der Krise, 4 Mal am folgenden, 2 Mal am zweitfolgenden Tage constatirt. Daraus geht wohl klar hervor, dass das Fehlen oder die Herabsetzung des Patellarsehnenreflexes ein die croupöse P. der Kinder in ihren Anfangsstadien sehr häufig begleitendes Zeichen und im positiven Falle neben anderen Indicien in hohem Grade verwerthbares diagnostisches Criterium ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 30.)

— **Ueber paravertebrale und parasternale Percussionsbefunde bei P.** berichtet Dr. R. Pollak (Kinderspitalsabtheilung der Allgem. Poliklinik in Wien). Hamburger hat ja vor einiger Zeit eigenartige Percussionsphänomene mitgetheilt, die bei exsudativer Pleuritis beobachtet werden. Einmal konnte er das constante Vorkommen des von Rauchfuss beschriebenen paravertebralen Dämpfungsdreiecks auf der gesunden Seite bestätigen, weiter fand er ebenso constant neben der Wirbelsäule auf der kranken Seite eine Zone, wo der Schall gegenüber den äusseren Thoraxpartien der kranken Seite deutlich aufgehellt erscheint (paravertebrale Aufhellungszone). Auf diese Weise kann man in jedem Falle von exsudativer Pleuritis auf der Rückseite des Thorax 4 Zonen verschiedenen Percussionsschalles nachweisen: Intensive Dämpfung über den lateralen Thoraxpartien der kranken Seite, geringere Dämpfung resp. Aufhellung neben der Wirbelsäule, auf der gesunden Seite heller Schall über den äusseren Partien und paravertebral ein Dämpfungsbezirk, über dem jedoch der Schall noch immer heller ist, als über der paravertebralen Aufhellungszone der kranken Seite. Nach Rauchfuss hängt das Phänomen der paravertebralen Dämpfung damit zusammen, dass die Brustwand der kranken Seite durch das Exsudat am Mitschwingen bei der Erschütterung der gesunden Seite gehindert wird. In ähnlicher Weise erklärt Hamburger die paravertebrale Aufhellungszone der kranken Seite durch das Mitschwingen der gesunden Seite. Das Symptom der paravertebralen Dämpfung resp. Aufhellung findet sich, wie auch Autor bestätigen kann, bei jedem freien oder nach vorne abgesackten pleuritischen

Exsudat. Es war nun von vornherein sehr wahrscheinlich, dass sich ähnliche Percussionsbefunde auch bei ausgedehnten Lungeninfiltrationen, die bis gegen die Wirbelsäule reichen, erheben lassen. Es müsste zunächst der gedämpfte Schall über einem infiltrirten Bezirk neben der Wirbelsäule durch das Mitschwingen der anderen (gesunden) Seite eine Aufhellung erfahren. Die paravertebrale Dämpfung der gesunden Seite sei wiederum, nicht wie bei dem Exsudat durch Behinderung der Brustwand, sondern vielmehr dadurch wahrscheinlich gemacht, dass (durch die Infiltration) das Mitschwingen der Luft in der Lunge unmöglich gemacht wird. Autor hatte nun Gelegenheit, ein 6jähriges Mädchen mit einer croupösen P. des linken Unterlappens zu beobachten. Der physikalische Befund (lautes Bronchialathmen, verstärkter Stimmfremitus, Bronchophonie) liess eine Betheiligung der Pleura ausschliessen; die Probepunction war negativ. Die Percussion ergab eine deutliche paravertebrale Aufhellung auf der linken und eine paravertebrale Dämpfung auf der rechten Seite. Bei sechs weiteren croupösen-Pneumonien des Unterlappens konnte Autor denselben Befund erheben. Er konnte stets auch mit Leichtigkeit die Aufhellungszone von dem Dämpfungsbezirk differenciren. Es genügt auch offenbar, wie das bei halbwegs ausgedehntem Ergriffensein des Unterlappens immer der Fall ist, ein kaum über die Scapularlinie lateral reichender Dämpfungsbezirk, um eine deutliche paravertebrale Aufhellungszone nachzuweisen. Für das Zustandekommen der paravertebralen Dämpfung der gesunden Seite kommt die Grösse der infiltrirten Partie noch weniger in Betracht; selbstverständliche Bedingung ist nur, dass sie sich in der Nähe der Wirbelsäule befindet. — Hamburger hat auch noch über Percussionsphänomene berichtet, die bei freiem pleuritischem Exsudat sich regelmässig an der Vorderseite des Thorax nachweisen lassen: eine parasternale Aufhellungszone auf der kranken und eine parasternale Dämpfungszone auf der gesunden Seite. Die Erklärung der Befunde ist die gleiche wie oben. Autor konnte nun bei 2 Oberlappenpneumonien und ziemlich intensiver und ausgebreiteter Dämpfung unterhalb der Clavicula die parasternale Percussionsphänomene in gleicher Weise constatiren. Im 2. Falle handelte es sich bei einem 10monatlichen Kinde um eine confluirte Lobulärpneumonie des linken Oberlappens, die eine recht compacte Dämpfung (links vorn oben) verursachte. An dem Falle war noch bemerkens-

werth, dass er ganz unter dem Bilde einer croupösen P. verlief (plötzliches hohes Fieber, dann weiter hohe Continua, fast vollkommenes Fehlen von bronchitischen Erscheinungen über den übrigen Lungenpartien und ausgebreitete, massige Dämpfung). Die Obduction ergab, dass die Infiltration durch Confluenz lobulär-pneumonischer Herde entstanden war. Keinesfalls ist in den paravertebralen und parasternalen Percussionsphänomenen ein differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Pleuritis und Pneumonie zu erblicken. (Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 40).

Rheumatismen. **Ueber die Behandlung acuter Arthritiden mit intravenösen Collargolinjectionen** macht Dr. G. Riebold (Stadtkrankenhaus Johannstadt zu Dresden) Mittheilung. Er verfügt über 15 Fälle verschiedener Gelenkaffectionen, in denen durch Collargolinjectionen *11 Mal völlige Heilung*, 4 Mal ganz wesentliche Besserung erzielt wurde. Es handelte sich 7 Mal um gonorrhoische Arthritis, 2 Mal um Polyarthritis rheumatica acuta, 4 Mal um mehr subacuten Gelenkrheumatismus mit hartnäckigen Gelenkschwellungen, 2 Mal um septische Gelenkaffectionen. Diesen 15 Fällen stehen 20 Fälle gonorrhoischer, subacuter rheumatischer oder septischer Gelenkaffectionen gegenüber, bei denen durch die Injectionen kein wesentlicher Erfolg, höchstens vorübergehende Besserung einzelner Symptome erzielt wurde. Die Frage, warum Collargol einmal so gut wirkt, ein ander Mal versagt, vermag Autor nicht zu beantworten. Manchmal wird auch nur Besserung einzelner Symptome erzielt; am regelmässigsten Herabminderung der Schmerzen. Es war ganz auffallend, wie die bis dahin vor Schmerzen stöhnenden und ängstlich jede Bewegung meidenden Pat. oft schon einige Stunden nach einer einmaligen Einspritzung sich frei und schmerzlos bewegen konnten. Der Erfolg war meist ein rascher; Nachlass der Schmerzen manchmal schon nach 2—3 Stunden, meist nach etwa 12 Stunden. Dieser Effect wurde nur selten vermisst. Sehr häufig auch trat Besserung des Allgemeinbefindens ein. Der Einfluss des Collargols auf die Gelenkschwellungen war oft ein eclatanter. Autor sah wiederholt, dass die bis dahin wochenlang jeder Therapie trotzende Schwellung eines Kniegelenks schon 24 Stunden nach einer Injection messbar zurückgegangen war und von da ab in den nächsten Tagen successive weiter zurückging. Bei einem erneuten Anschwellen war eine nochmalige Injection immer wirksam. Autor hat auf diese Weise eine

völlige Abschwellung des Kniegelenks innerhalb kurzer Zeit um 2,5—4 cm durch 2—6 Injectionen in 4 Fällen beobachten können. Auch die Beweglichkeit der Gelenke war meist nach mehreren Injectionen völlig wiederhergestellt. Collargol hat ferner ausgesprochen antipyretische Wirkung. Die Temperatur wurde durch eine Injection, nach Abklingen der meist unmittelbar danach eintretenden Temperatursteigerung, sehr oft, wenn auch nur für kurze Zeit, für 1—2 Tage herabgedrückt. Durch öftere Wiederholung der Injectionen gelang es nicht selten, das Fieber dauernd zu beseitigen. In einem Falle von Polyarthritis rheumatica acuta mit hyperpyretischen Temperaturen trat nach einmaliger Injection rapider Temperaturabfall zur Norm ein, die Temperatur blieb dauernd normal. Zu den Injectionen wird 2%ige Lösung verwendet, wovon das 1. Mal 4—8 ccm, später 6—10 ccm eingespritzt werden. Die Häufigkeit der Injectionen richtet sich nach dem betreffenden Fall. Sowie ein erkranktes Gelenk wieder anschwillt, die Temperatur wieder ansteigt, die Schmerzen wieder stärker werden, event. schon am 1. oder 2. Tage nach der 1. Injection, ist Wiederholung angezeigt. Man kommt meist mit 3—4 Injectionen aus, manchmal sind freilich zu einem Dauererfolg 5—6 nöthig. Nebenher darf natürlich auch die Localbehandlung nicht vernachlässigt werden. Die Injectionen müssen schmerzlos sein; sowie nennenswerthe Schmerzen empfunden werden, breche man die Injection ab, da dann das Collargol in das perivasculäre Gewebe ausgetreten ist. Die Technik ist leicht, und selbst bei häufigen Wiederholungen findet man geeignete Venen, zumal 2—3 Mal dieselbe Vene benutzt werden kann. Schwer ist die Injection nur bei Individuen mit starkem Fettpolster und mit dicker, turgescenter Haut; in solchen Fällen muss man oft eine Vene erst durch eine kleine Incision freilegen. Bei zu rascher Injection tritt manchmal sofort eine kurze Beklemmung mit Hustenreiz ein. Beim Durchstechen der Venenwand und Austreten von Collargol ins subcutane Gewebe entstehen sehr schmerzhafte Infiltrate, die sich sehr langsam resorbiren. Bei Injection zu grosser Mengen können Collapse eintreten, ebenso hohe Temperatursteigerungen mit Erbrechen, Schüttelfrost etc. Im Allgemeinen sind alle diese Erscheinungen harmlos und dürfen nicht in Betracht kommen bei den schönen Erfolgen, die oft mit dem Collargol erzielt werden. Jedenfalls bei Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen stellt Collargol ein sehr werthvolles, fast speci-

fisch wirkendes Heilmittel dar, das selbst in den hartnäckigsten Fällen Erfolg verspricht. In frischen Fällen von Polyarthritis rheumatica wird man ja Collargol entbehren können. In den Fällen aber, in denen die übliche Behandlung versagt, namentlich in älteren subacuten Fällen mache man einen Versuch mit Collargol. Ein solcher ist auch bei septischen Arthritiden angezeigt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 32.)

— **Aspirophen, ein neues Antirheumaticum und Analgeticum,** empfiehlt Dr. Fackelmann (Alt-Glienicke). Das Präparat (hergestellt von der Chem. Fabrik Falkenberg-Grünau bei Berlin) ist acetylsalicylsaures Amido-Phenacetin und verbindet die Wirkungen des Aspirins mit denen des Amido-Phenacetins. Autor hat damit bei acutem Gelenkrheumatismus sehr gute Erfolge erzielt und die ausserordentliche Toleranz gegen das Mittel kennen gelernt. Die temperaturerniedrigende Wirkung war frappant, ebenso die schmerzstillende, die viel rascher eintrat als nach Aspirin. Auch bei einem Falle von acutem Muskelrheumatismus wirkte es überraschend. Das Mittel wurde in Grammdosen pro die zu 5—8 g (bei Kindern 3—4 g) gegeben.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 35.)

— **Eine besondere Schmerzform am Unterschenkel (Lymphangitis rheumatica chronica).** Unter dieser Bezeichnung möchte Wilms eine Affection abgrenzen, die sich charakterisirt dadurch, dass Patienten und Patientinnen, letztere stellen das Hauptkontingent, über Schmerzen im Fuss, Fussgelenk oder Ferse klagen, während bei ihnen eine besondere Schmerzzone nachweisbar ist in bestimmtem Bereich des Unterschenkels. Während am Fuss und Fussgelenk auf Druck keine Schmerzen auszulösen sind, zeigt sich stark druckempfindlich die Region an der Innenseite der Wade, in welcher man bei Druck die grossen Gefässe, Arteria und Vena posterior trifft. Manchmal lässt sich der Druckschmerz auch am Oberschenkel verfolgen im Verlaufe der Gefässe bis zum Poupart'schen Band. Als Ursache dieser Schmerzen bei Individuen, bei denen kein Plattfuss vorliegt, noch Krampfadern bestehen, bei denen ferner die Muskeln ebenso wie die grossen Nervenstämme, speciell Nervus peroneus, auf Druck auch unempfindlich sind, also Myositis und Neuritis ausgeschlossen werden kann, möchte Autor Veränderungen ansprechen, die durch schlechte Circulation und Häufung von Noxen entstehen

im Bereich der tiefen Gefässe, wohl besonders im Lymphgefässsystem. Viele Individuen mit derartigen, leicht zu erkennenden Schmerzen, die in allen Fällen auffallend gleichartig auftraten, zeigten zugleich andere chronische rheumatische Störungen; auch liess sich bei einzelnen ein Zusammenhang mit acutem Gelenkrheumatismus feststellen.

(Med. Ges. zu Leipzig, 12. Juni 1906. — Münch. med. Wochenschr. 1906 No. 32.)

Rhinitis. **Ueber Renoformpulver** lässt sich Dr. W. Berent (Poliklinik von Prof. Krause in Berlin) aus, der das Präparat in der laryngo-rhinologischen Praxis erprobte. Renoformpulver ist eine feine Vertheilung des wirksamen Princips der Nebenniere in Borsäure und Milchzucker; die Fabrik (Dr. Freund & Redlich, Berlin N.) stellt es in 2 Stärken (1:1000 und 1:2000) her. Es bewährte sich zunächst vortrefflich als Stillungsmittel bei vielen postoperativen Nasenblutungen. Man kann es auch dem Pat. nach der Operation in die Hand geben (1:2000) mit der Anweisung, es zeitweise aufzuschnupfen. Bei dieser Methode ist Autor fast stets nach endonasalen Operationen ohne die überaus lästige postoperative Tamponade ausgekommen. Die stark contrahirende Wirkung, welche das Renoform auf die Gefässe der Schleimhäute ausübt, legte es nahe, es auch als therapeutisches Mittel bei Schwellungszuständen des Naseninnern anzuwenden. Bläst man einem Menschen mit normaler Nasenschleimhaut das Mittel in die Nase, so vertheilt sich das leichte Pulver überall im Naseninnern und bildet einen staubartigen Belag. Nach 1/4 Minute ist letzterer geschmolzen, der Pat. empfindet secundenlang ein „Kribbeln", dann Trockenheit und völlig freie Luftpassage; die Schleimhaut erscheint blass, die Muscheln geschrumpft, dem Knochen fest anliegend. Das dauert 20 Minuten bis 4—5 Stunden. Das Mittel bewährte sich vortrefflich bei allen acuten Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut (acute Rh.) und acuten Entzündungen der Nebenhöhlen. Bei letzteren wirkte es nicht nur symptomatisch, die Luftpassage bessernd, sondern, indem es die Ausführungsgänge der Nebenhöhlen abschwellen machte, erleichterte es den Secretausfluss, besserte die Kopfschmerzen und kürzte den Krankheitsverlauf beträchtlich ab. Aber auch bei vielen chronischen Nebenhöhlenentzündungen leistete es vortreffliche Dienste; es erleichterte hier insbesondere die Entleerung der zähen Secretborken. Schon wenige Minuten nach dem Aufschnupfen des Pulvers gelang es dem Pat., diese fest-

haftenden Borken durch starkes Schneuzen herauszubefördern. Autor zweifelt ferner nicht daran, dass das Mittel sich bei der vasomotorischen Rh. bestens bewähren wird. Es liess sich auch bei acuten und chronischen Laryngitiden mit Vortheil verwenden. In solchen Fällen, in denen Schwellungen der Stimm- und besonders der gefässreichen Taschenbänder bestanden, besserte es beträchtlich die Stimmstörung; auf diese Weise konnte einmal einem Sänger, der an einer acuten Laryngitis erkrankt war, sein Auftreten für den betreffenden Abend ermöglicht werden. In allen Fällen, wo es sich um nasale Affectionen handelte, benutzten die Pat. selbst das Präparat (1 : 2000), indem sie es wie eine Prise nach Bedarf mehrmals täglich aufschnupften (event. können sie es auch mittels eines kleinen Pulverbläsers einblasen). Renoform ist als populäres Schnupfenmittel zu empfehlen; es wirkt prompt und recht andauernd, ist reizlos und ungefährlich, und es ist relativ billig.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

Strictura oesophagi. **Ein Fall von Oesophagusstrictur geheilt durch Fibrolysin,** wird von Dr. Weisselberg (Alterode) beschrieben. Pat. trank am 21. April 1904 etwas Natronlauge. Es blieben sehr starre Narben in der Speiseröhre zurück, die den Durchtritt jeder consistenteren Nahrung verhinderten. Am 13. Juni 1904 Beginn einer Sondenbehandlung; diese fortgesetzt bis 5. Sept. 1905, wo nebenbei mit subcutanen Einspritzungen von Thiosinamin angefangen wurde. Kein sichtbarer Erfolg. Nach 20 Einspritzungen begann jetzt Autor Fibrolysin (Merck) unter die Rückenhaut zu injiciren (in Zwischenräumen von 2—3 Tagen Inhalt eines Fläschchens, 2,3 ccm). Zunächst Erweiterung der beiden oberen Narben in der Speiseröhre (23 und 27 cm von der unteren Zahnreihe entfernt), sodass schliesslich sich die stärksten Sonden leicht durchführen liessen. Durch die Cardia jedoch liess sich nicht einmal die feinste Sonde einführen; alle Speisen blieben am Magenmunde sitzen und wurden nach einiger Zeit wieder erbrochen. Pat. brachte mitunter 8 Tage lang keinen Schluck Wasser hinunter, kam furchtbar herunter und war ein vollständig gebrochener Mensch. Nach 39 Einspritzungen liess sich zum 1. Male die feinste Sonde durch die Cardia einführen. Von nun an rapide Besserung; Erbrechen blieb ganz weg, Körpergewicht nahm rasch zu, Pat. konnte Speisen herunterbringen. Jetzt isst

er alles, ist beim Autor als Kutscher angestellt und ist vollständig arbeitsfähig. Im Ganzen waren 50 Einspritzungen gemacht worden. (Münch. med. Wochenschr. 1906 No. 33.)

Strictura urethrae. **Eine neue Befestigungsart anschraubbarer Bougies filiformes** gibt Dr. G. Oesterreicher an und schreibt darüber: „Bei engen Stricturen der Harnröhre, welche bloss für eine Filiforme passirbar sind, kommt man oft in die Lage, diese Bougie als „sonde à demeure“ zu belassen; denn schon nach kurzer Zeit tropft neben derselben der Harn aus der oft überfüllten Blase ab und nach 24 Stunden ist die Strictur meistens schon für die Leitsonde des Urethrotoms durchgängig geworden; deswegen sollte man sich beim Sondiren enger Stricturen stets ausschraubbarer Bougies filiformes bedienen. Die Befestigung solcher Bougies geschah auf die Weise, dass man Heftpflasterstreifen um diese und das Glied in bestimmter Anordnung legte und dieselben noch ausserdem durch einen darüber geknüpften Seidenfaden fixirte. Wollte man nun die Bougie, ohne sie aus der Harnröhre herauszuziehen, von den Heftpflasterstreifen befreien, so brach die Filiforme entweder bei diesen Manipulationen oder wurde durch die Befeuchtung mit Benzin oder Aether an ihrer Oberfläche rauh und dadurch unbrauchbar. Die Firma H. Reiner, Wien, IX/3 Van Swietengasse, hat nun nach meinen Angaben eine Kugel aus Aluminium mit einem Kern aus Neusilber hergestellt, welcher das auf die Bougie filiforme passende Muttergewinde führt; der Kern muss aus einem härteren Metall verfertigt werden, da Aluminium seiner Weichheit wegen nicht dazu geeignet ist; ausserdem trägt die Kugel zwei in senkrechter Richtung gegeneinander verlaufende Bohrlöcher, welche zum Durchstecken der Seidenfäden dienen. Die Befestigung geschieht auf folgende Weise: Zuerst wird die Kugel auf die eingeführte Bougie filiforme aufgeschraubt, hierauf durch die Bohrlöcher zwei Seidenfäden gezogen, deren vier Enden mittels eines Heftpflasterstreifens am Gliede befestigt werden. Die Kugel verhindert durch ihre Grösse das Hineingleiten, die Seidenfäden das Herausfallen der Bougie; doch bleibt noch ein genügender Spielraum zwischen Kugel und Harnröhrenmündung. Beim Abnehmen genügt ein Durchschneiden der Seidenfäden in der Nähe der Kugel. Diese Befestigungsart wurde in mehreren Fällen erprobt und hat sich in jeder Hinsicht gut bewährt.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 26.)

Tuberculose. Ein interessanter Fall von Knochenerkrankung nach einem scheinbar geringfügigen Unfall wurde von Dr. Susewind (Barmen) beobachtet: es wurde erst 5 Jahre nach dem Unfall ein Zusammenhang des tuberculösen Knochenleidens mit dem Unfall anerkannt. Letzterer kam im Juni 1900 dadurch zu Stande, dass der Arbeiter mit der rechten Beckenseite zwischen eine Karre und einen Eisenbahnwagen gerieth und sich eine Quetschung der genannten Partie zuzog. Die Beschwerden waren gering, Pat. arbeitete weiter. Erst im Sommer 1903 vermehrte Beschwerden im Rücken, vom Kreuzbein nach der Hinterseite des rechten Beines ausstrahlend. Der Arzt konnte objectiv nichts finden und diagnosticirte Ischias. Diese Diagnose wurde auch im Krankenhause gestellt, das Pat. aufsuchte, als sich die Sache in die Länge zog. Die Beschwerden schwankten dann zwar in der Intensität, sodass Pat. später öfters zu arbeiten versuchte, er musste aber immer wieder ins Krankenhaus zurück. Bei dem völlig negativen Befunde konnte ein Zusammenhang des Leidens mit dem zeitlich weit zurückliegenden Unfalle nicht angenommen werden. Vom 18. Juni 1904 bis 15. Juni 1905 blieb Pat. weg. Am letzteren Tage erschien er wegen der wiederum sehr heftig aufgetretenen alten Beschwerden abermals im Krankenhause. Jetzt fand sich eine umschriebene Anschwellung über der Verbindungsstelle zwischen Kreuzbein und Beckenschaufel und deutliche Fluctuation an dieser Stelle. Punction; reichliche Menge dünnflüssigen Eiters. Jetzt musste die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit jenem Unfall zugegeben werden; Pat. erhielt Rente. Pat. blieb bis 12. Aug. 1905, in welcher Zeit mehrfach punctirt wurde, da sich der Eitersack immer wieder füllte. Am 1. Febr. 1906 erschien Pat. wieder wegen vermehrter Schmerzen und grosser Schwäche. Äusserst elendes Allgemeinbefinden. Eitersack prall gefüllt, Synchondrosis sehr druckempfindlich. Breite Spaltung des Sackes, Auskratzung der Knochen. Husten, Nachtschweisse, Fieber, rapider Abfall der Kräfte. Exitus am 14. Mai. Section ergab: Tuberculöse Veränderungen an der rechten Beckenschaufel und dem Kreuzbein; völlige Zerstörung des unteren Lendenwirbels und der der Synchondrosis rechts gehörigen Theile des Kreuzbeins und der Beckenschaufel, Tuberculose der Lungen, Nebennieren, Nieren, Prostata und Samenblasen; chron. Bronchitis und Peritonitis. Da die Knochenerkrankung

sich gerade auf die von dem Unfalle betroffene Stelle am Becken beschränkte, so musste ein ursächlicher Zusammenhang derselben mit jenem Unfall jetzt mit Sicherheit angenommen werden. Ob die tuberculösen Veränderungen an den inneren Organen bereits vor dem Unfall in der Entwicklung begriffen waren, ist wohl wahrscheinlich, jedoch nicht sicher zu bestimmen. Es ist dies auch für die Beurtheilung des Falles belanglos, da gerade bei schwächlichen, tuberculös veranlagten Individuen häufig geringfügige Quetschungen von Knochen oder Gelenken den Anlass zu schweren, zum Theil sehr chronisch verlaufenden tuberculösen Entzündungen derselben geben.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, 1906 Nr. 8.)

— **Eine einfache Methode zur schmerzlosen Redression verschiedenartiger Deformitäten** giebt Dr. Alex Schmidt (Altona) an. Man kann damit, mit einfachen Hülfsmitteln und unabhängig vom Bandagisten, schwere Deformitäten heilen. Diese Art der Behandlung, eine Modification des Wolff'schen Etappenverbandes, wird besonders dem Landarzt willkommen sein, da die Apparate von jedem Schlosser auch auf dem Dorfe leicht hergestellt werden können. Autor übt die Methode seit 12 Jahren zu seiner vollsten Zufriedenheit aus, bei Contracturen nach tuberculösen (und anderen) Gelenkentzündungen, bei O- und X-Beinen, rhachitischen Deformitäten etc. Man kann mittels derselben gänzlich schmerz- und gefahrlos in sehr kurzer Zeit selbst recht schwere Deformitäten dauernd corrigiren, und zwar bei ambulanter Behandlung (Bettruhe nur so lange, bis der Gyps getrocknet ist). Die Technik des *Gypskorkverbandes* ist eine sehr einfache. Die betreffende Extremität wird sorgfältig mit nicht entfetteter Watte gepolstert und eingegypst; die Polsterwattenschicht muss durch eine Tupfmullbindenlage fest und gleichmässig angewickelt werden, sodass das gepolsterte Bein genau die Contouren des Beines behält, wodurch man ein gleichmässig festes und genaues Anliegen des Gypsverbandes erzielt. In den Gypsverband werden nun Charniere (siehe

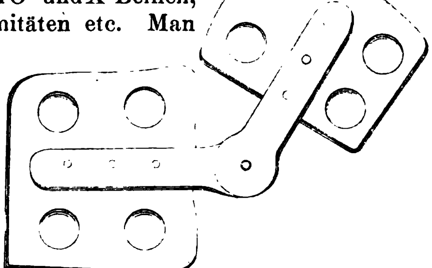


Abbildung) eingewickelt, die jeder Schlosser aus biegsamem, dünnem Bandeisen herstellt (zur besseren Fixirung derselben im Gyps sind durchlochte Lederstücke an ihnen angeniethet, welche sich, angefeuchtet, fest mit den Gypsbinden vereinigen und dadurch verhindern, dass die Charniere bei dem später einwirkenden Zug und Druck ausreissen. Bevor der Gyps trocknet, schneidet man (am Knie) in der Kniekehle von Charnier zu Charnier ein ovales Stück aus dem Gypsverband aus, wobei aber auch hier die Watteschicht mit der sie fixirenden Mullbinde nicht mit durchschnitten wird. Nun wartet man, bis der Gypsverband trocken geworden ist, also 2—5 Tage, ölt die Charniere ein, damit sie sich leichter bewegen, und beginnt das Bein langsam zu redressiren, aber nur gerade so weit, bis Pat. anfängt Schmerzen zu fühlen. Dabei klafft natürlich der Schlitz in der Kniekehle je nach dem Grade der Redression. Man wählt nun von einer Serie von Korkkeilen, die man sich von der dünnsten Scheibe bis zu einem 15 cm dicken Stück reichlich vorräthig hält, denjenigen Keil aus, der sich gerade in den Spalt hineinschieben lässt, und erhält sich dadurch das Resultat der Redression. Nach 2 weiteren Tagen kann man weiter redressiren, einen dickeren Kork einschieben, u. s. f., bis man übercorrigirt hat, wobei zuletzt ein sehr dickes Korkstück in der Kniekehle sitzt. An den Stellen, wo der Kork eingeschoben wird, muss der Gypsverband von Anfang an verdickt werden, damit er durch den Druck des Korkes nicht abbröckelt. Da aber solche Contracturen lange Zeit die Neigung haben zu recidiviren, muss man das Erreichte durch 2 Jahre lang durch Kapseln festhalten. In der ärmeren Clientel macht man einfach eine Gypskapsel, welche nur alle 6 Monate erneuert zu werden braucht, während sonst eine durch Schnürung abnehmbare Kapsel benutzt wird, die nach einem Gypsabguss entweder aus Celluloid-Aceton-Mullbinden oder aus Holzspähnen und Kleisterbinden oder aus Holzspähnen und Tischlerleimbinden oder aus Mullbinden, Wasserglas und Pappstreifen hergestellt wird. So muss man mindestens 2 Jahre lang nachbehandeln! Ebenso werden andere Deformitäten behandelt, wobei der Kork stets an der Stelle der pathologischen Concavität seinen Platz erhält. Beim X-Bein liegen bei der Correction die Charniere an der Vorder- und Hinterseite des Kniegelenks, der Kork wirkt an der Aussenseite. Auch hochgradigste X-Beine sind so heilbar. Die Nachbehandlung ist die gleiche, wie oben, noch besser aber wirkt eine einfache

Aussenschiene, gegen welche das Knie mit einem breiten Lederriemen angezogen wird. Auch diese Schiene stellt jeder Schlosser und Sattler her. Sie besteht aus einem gepolsterten Beckengurt und der langen, auswärts gebogenen Aussenschiene, welche unten rechtwinklig abgebogen ist und in die Hacke des Stiefels eingesteckt wird, wodurch der Fuss im Gelenk beweglich bleibt. Unterhalb des Beckengurtes ist in der Höhe des Trochanters zur Bewegung des Hüftgelenks ein Charnier einzufügen. Das Knie aber darf kein Gelenk erhalten! Die Pat. können nach einigen Tagen sehr gut gehen. Wo es T. und Rhachitis giebt, wird man reichlich Gelegenheit haben, diese Methode anzuwenden, die an Einfachheit nichts zu wünschen übriglässt.

(Medicin. Klinik 1906 No. 40.)

Vermischtes.

— **Zur Tamponfrage** schreibt Dr. Fr. Reinhard (Nowawes-Neuendorf); „Nachdem ich mich genug über die erlernte Gazetamponade geärgert, wende ich seit einer Reihe von Jahren folgendes Verfahren an. Ich nehme einen Bausch Verbandwatte von entsprechender Grösse, drehe denselben unten zu einem Stiel zusammen, lasse oben die Watte lose und breite sie nach allen Seiten aus. Das Ganze sieht dann ungefähr aus wie ein Pilz. Den Stiel stecke ich in Karbolwasser, drehe ihn noch etwas zusammen und führe ihn in die Wundöffnung ein. Die ausgebreitete Watte — der Hut des Pilzes — kommt auf die die Wunde umgebende Haut und verhütet ein etwaiges Hineinrutschen des Tampons. Man mache den Stiel nur so dick, dass er sich bequem unter bohrender Drehung in die Wunde hineinbringen lässt. Die endgültige Bedeckung der Wunde wie üblich: Watte und Binde. Der Tampon bleibt vollkommen schlüpfrig, klebt niemals an, lässt sich daher ohne Schmerz für den Patienten entfernen, der Eiter läuft an den Seiten aus der Wundöffnung heraus. Beim Verbandwechsel am andern Tage wird man erstaunt sein, ein wie schönes grosses, rundes Loch sich erhalten hat. Dieses Loch bleibt unter allmählicher Verkleinerung noch einige Tage, und dadurch kommt man häufig mit einmaliger

Tamponade aus. Meine Erfahrung erstreckt sich bei Allgemeinpraxis naturgemäss nur auf kleinere Wunden, ich komme eigentlich immer mit einem bis zwei Tampons nebeneinander aus, es steht aber gar nichts im Wege, bei langen Wunden fünf, sechs und mehr Tampons nebeneinander in eine Linie zu legen. Die Herstellung der nöthigen Dicke und Länge übt man sich bald ein. Ich hebe noch einmal hervor: Tüchtig nass machen — Flüssigkeit ist natürlich ziemlich gleichgültig —, nur so dick machen, dass der Tampon sich ganz bequem einführen lässt! Vielleicht probirt ein Chirurg bei grösserem Material diesen „Watte-Pilz-Tampon" weiter. Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass der hergestellte Tampon die Drainage ersetzt; will man ihn auch zur Blutstillung benutzen, so braucht man ihn nur etwas dicker zu machen. Uebrigens stillt er geringfügige Blutungen auch schon in oben angegebener Dicke." **(Medicin. Klinik 1906 No. 28.)**

— **Ueber ein neues Verfahren zur Untersuchung des Patellar- und Achillessehnenreflexes** macht Regimentsarzt Dr. J. Feix (Baden) Mittheilung. Nachdem er die bisherigen Methoden dieser Untersuchung erwähnt, fährt er fort:

„Allen diesen Methoden, wenn sie auch in viele[n] Fällen genügen, haftet jedoch der Fehler an, dass de[r] zu Untersuchende unwillkürlich leicht die in Betracht kommenden Muskeln spannen kann, und selbst die Zuhilfe[-] nahme des Jendrassik'schen Kunstgriffes wird nicht imme[r] vor Irrthum schützen, insbesondere bei solchen Kranke[n], welche schon öfters untersucht wurden, und daher de[n] Gang der ärztlichen Untersuchung genügend kennen.

Solche difficil zu untersuchende Individuen pflege ic[h] in liegender Stellung zu untersuchen, fordere sie auf, di[e] Seitenlage einzunehmen, das Hüft- und Kniegelenk i[n] leichte Beugestellung zu bringen und die Augen zu schliesse[n]. In dieser Lage, wie sie gewöhnlich auch im Schlafe ein[-] genommen wird und daher nicht mit Unrecht als Schla[f-] stellung bezeichnet werden kann, befindet sich das Knie[-] und Hüftgelenk in der Mittellage, und es besteht dahe[r] eine vollständige Entspannung des Musculus exten[sor] quadriceps cruris und der Wadenmusculatur. Die Au[s-] lösung des Patellar- und Achillessehnenreflexes wird, we[nn] sie überhaupt möglich ist, in dieser Stellung niemals ve[r-] sagen.

Die Vortheile dieser Art der Untersuchung der tiefe[n] Reflexe lassen sich daher kurz im Folgenden resumire[n]

1. Wird eine vollständige Erschlaffung des Extensor quadriceps und der Wadenmusculatur erzielt. Eine Spannung dieser Muskelgruppen in beschriebener Lage ist, weil für den zu Untersuchenden unbequem und eine direkte Anstrengung fordernd, kaum zu erwarten.

2. Kann in ein und derselben Lage der Patellar- und Achillessehnenreflex und selbst auch der Glutäalreflex ausgelöst werden.

3. Durch das gleichzeitige Schliessenlassen der Augen und durch den Umstand, dass das Untersuchungsfeld von jeder vorzeitigen Berührung durch den Untersucher frei bleibt, wird jeder Einfluss seitens des Kranken auf den Gang der ärztlichen Untersuchung ausgeschaltet."

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 41.)

— **Erklärung einiger neuerer Fachausdrücke** von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden). [Schluss.]

TOA oder ATO benennt Spengler (Davos) das alte Koch'sche Tuberculin zum Unterschiede vom Centrifugen-TO.

TR = die Lösung, welche nach dem Centrifugiren dieses getrockneten, wiederum zerriebenen und dann mit Wasser extrahirten Bodensatzes entsteht. v. Leube, Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, Nr. 46.

TV, eine toxische, in Wasser lösliche Substanz aus dem Tuberkelbacillenkörper.

TX = das in die Körperzellen aufgenommene und ihr integrirender Bestandtheil gewordene TC, wodurch eine zelluläre Immunität (im Gegensatz zur antitoxischen, humoralen Immunität) herbeigeführt wird.

Thorakotomie. Mit diesem Wort will v. Mikulicz jede Eröffnung der Brusthöhle bezeichnet wissen, nicht bloss die Empyemoperation. Eine besondere Form ist die intercostale Thorakotomie, bei welcher Haut und Musculatur genau in der Mitte zwischen zwei Rippen durchtrennt und die Rippen dann auseinander gezogen werden. Deutsche medicinische Wochenschrift 1904, S. 530.

Ticks = Ixodoideae.

Tickfieber = ein recidivirendes Fieber im Kongostaat, nach Dutton hervorgerufen durch ein Spirillum, welches durch Ornithodorus monbata übertragen wird; dieser dient wahrscheinlich als Zwischenwirth, in welchem ein Theil der Entwicklung des Spirillum vor sich geht. Münchener medicinische Wochenschrift 1905, Nr. 38.

Tokelau (Syn. Samoa disease, Pita, Tinea imbricata) ist eine epidemische Hauterkrankung der Eingeborenen der Fidji-, Samoa- und anderer oceanischer Inseln, bedingt durch einen Aspergillus eigener Art. Cf. Wehner, Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten Bd. 35, S. 140.

Tryptophan cf. Proteinochrom.

Tornwaldt'sche Krankheit. Erkrankung in der Bursa pharyngea, welche Tornwaldt für ein normales Gebilde ansah; nach Schwabach, welcher die Bursa pharyngea als normalen Bestand am Rachendach leugnet, handelt es sich um Erkrankungen in einem Spalt der Rachentonsille, von ihm Recessus pharyngeus medius benannt. Als Ursache des hartnäckigen Leidens fand Walb bei einer Reihe von Fällen eine Mykosis (verschiedene Aspergillusarten, auch Penicillium). Deutsche medicinische Wochenschrift 1906, S. 124.

Trypanosoma vivax, von Ziemann im Blut von Schafen gefunden, nach Schilling identisch mit dem Parasiten der Nagana. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 1905, Bd. 52, S. 160.

Tuberculides cutanées will J. Comby die bisher mit Lichens scrophulosorum bezeichnete Affection benennen, da in diesen Fällen in Wirklichkeit eine Miliartuberculose der Haut bestehe. Vortrag auf der 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel. Berliner klinische Wochenschrift 1903, S. 968.

Ultramikroskopische Theilchen oder Körper sind nach Siedentopf von einer Dimension, die unterhalb der Auflösbarkeitsgrenze der Mikroskopobjective (in praxi etwa $^1/_4$ μ) liegt, submikroskopisch sind Theilchen, welche dadurch sichtbar gemacht werden können, dass sie, von einer intensiven Lichtquelle (Sonne oder elektrische Bogenlampe) bestrahlt, gleichsam zu einem selbstleuchtenden Körper, zum Ausgangspunkt eines neuen Lichtstrahlenbüschels gemacht werden, von welchem ein beliebiger Kegel durch die Linsen eines Mikroskops zusammengefasst wird, so dass ein Bild des leuchtenden submikroskopischen Theilchens entsteht. Diese Beobachtung geschieht mittels des sogenannten Ultramikroskops. Vereinsbeilage der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1904, Nr. 50, S. 1868.

Unterernährung. Dieser Begriff umfasst zwei ganz verschiedene Zustände: bei dem einen ist die Umsatzmög-

lichkeit des Eiweisses herabgesetzt, bei dem andern dagegen über die Norm gesteigert. Finkler, Ueber Unterernährung (Bonn, Georgi, 1903).

Unter Urethrismus versteht C. F. Ziemssen einen angeborenen Spasmus der Harnröhre, welcher zur Verhinderung der Ejaculation führen kann. Das Wort ist analog dem Vaginismus gebildet. 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Cassel. Berliner klinische Wochenschrift 1903, S. 901 und Wiener medicinische Presse 1903, Nr. 39.

Vaccin. Dieses Wort wird vielfach nicht nur für lebende, sondern auch für abgetödtete Culturen angewendet. Es sollte aber, wie Kolle und Otto hervorheben, nach dem Vorgang von Jenner und Pasteur lebenden Infectionsstoffen vorbehalten bleiben, nachdem dieser Sprachgebrauch bei Schutzpocken-, Milzbrand- und Hühnercholeravaccins wissenschaftliches Bürgerrecht erworben hat. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 1903, Bd. 35, S. 510.

Die „vierte Krankheit" von Dukes will Cheinisse „Pseudoscarlatina epidemica" benannt wissen, weil sie mit dem Scharlach wohl den gleichen Ausschlag gemein habe, im Uebrigen aber nach Ansteckung, Incubation und Verlauf eine selbständige Infectionskrankheit sei. Semaine médicale 1905, Nr. 13.

Wegbleiben kleiner Kinder = kurze Anfälle von Stillstand der Athmung in Folge Krampfes der Inspirationsmuskeln bei aufgehobenem Bewusstsein. Diese Krämpfe geben im Gegensatz zum Stimmritzenkrampf gute Prognose und kommen (im Gegensatz zur Epilepsie) nach dem fünften Jahr kaum vor. H. Neumann, Archiv für Kinderheilkunde 1905, Bd. 42, H. 1.

Xerasie. Darunter versteht W. Freudenthal die trockenen oder atrophischen Rhinitiden, welche (neben den echten tuberculösen Affectionen des Nasenrachenraums) bei Tuberculösen in Folge trockener, heisser Inspirationsluft nicht selten sind. Beiträge zur Klinik der Tuberculose, herausgegeben von L. Brauer. Würzburg, A. Stuber 1903, Bd. 2, H. 1.

Zomotherapie = eine von Philip empfohlene Behandlung der Tuberculose mit rohem Fleisch, da dieses die letale Wirkung des Tuberculosetoxins auf die Musculatur, insbesondere den Herzmuskel, aufheben soll. Lancet 1905, Nr. 4295.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 18)

Bücherschau.

— **Medicinalkalender pro 1907.** Pünktlich wie immer, ist der in den weitesten Aerztekreisen verbreitete *Reichs-Medicinal-Kalender* von Börner, herausgegeben von Prof. J. Schwalbe erschienen (Verlag von G. Thieme, Leipzig). Der I. Theil, Taschenbuch und 2 Beihefte,* enthält wieder eine überreiche Fülle von medicinischen Daten, Tabellen u. dergl., sowie eine stattliche Anzahl Arbeiten bedeutender Autoren, wie Albu, Pfaundler, Horstmann, Strassmann, Glax, Laehr, Liebreich, Schwalbe, Rabow u. A. Alle Badeorte, Heilanstalten, Blinden-, Taubstummen-, Lungen-etc.-Anstalten, Krüppelheim-, Anstalten für Idioten, Trinker, Epileptiker etc. sind vollzählig verzeichnet, kurz der Inhalt ist so reich und interessant, dass jeder Arzt hochbefriedigt sein wird, der den Kalender zum 1. Male benutzt. — Im 14. Jahrgange ist ferner erschienen der von der Redaction der Allgem. medic. Central-Zeitung herausgegebene *Medicinal-Kalender* (Verlag von Oscar Coblentz, Berlin). Auch dieser Kalender erfreut sich mit Recht grosser Beliebtheit, auch er bringt vieles und Gutes, so dass der Nachschlagende Alles findet, dessen er im Augenblick bedarf. Neu hinzugekommen sind in diesem Jahre eine Uebersicht über die wichtigsten medicinischen Bäder und eine Classification der Bäder und Curorte nach ihrem balneologischen Charakter. Die als practisch bewährte äussere Erscheinung des Kalenders ist die alte geblieben.

— Die **Würzburger Abhandlungen** (Würzburg, A. Stuber's Verlag) sind wieder um einige neue Hefte vermehrt worden, welche trotz ihres billigen Preises (pro Heft 75 Pfg.) einen reichen Inhalt haben, der den practischen Arzt bestens über den gegenwärtigen Stand des Wissens in dem betreffenden Gebiet unterrichtet: „Ueber Morbus Basedowii" von O. v. Boltenstern, „Ueber Wesen und Ursachen der Geschwülste" von M. Borst, und „Ueber Aetiologie und Therapie des acuten Gelenkrheumatismus".

* Der II. Theil, welcher die gesammten Aerztepersonalien, das Sanitätspersonal, Gesetzesbestimmungen etc. bringt, erscheint, wie stets, Anfang December.

Für den redactionellen Theil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 4.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Januar XVI. Jahrgang 1907

Arthritis urica. **Zur Beurtheilung der Podagra** giebt Dr. Heidenhain (Insterburg) interessante Erfahrungen zum Besten. Was die Therapie anbelangt, so hat Autor an sich und zahlreichen Pat. die acuten Anfälle in kurzer Zeit erfolgreich bekämpft durch grosse Dosen von Natr. salicyl., sodass nach Anwendung von 8—10 g in einer Nacht am Morgen bereits fast Schmerzlosigkeit und deutliche Abschwellung zu constatieren war. Die Cur mit Natr. salicyl. hilft aber nur, wenn sehr starke Schweisse erzielt werden. Pat., die nicht in Schweiss gerathen, müssen energische Ableitungscuren auf den Darm vornehmen. Schweisse und Diarrhöen haben den gleichen Effect; durch den in Folge des grossen Flüssigkeitsverlustes bedingten veränderten Druck in den Blut- und Lymphgefässen tritt schnelle Resorption der ausgeschiedenen Harnsäurekrystalle und der durch sie hervorgerufenen Entzündungsproducte ein, wozu auch die Concentration des Blutes und der Lymphe das Ihrige beitragen. Heisse Bäder mit nachfolgender Einwickelung und dadurch hervorgerufenem Schweiss unterstützen die Behandlung. Die in den letzten Jahren empfohlenen Mittel gegen A. bezeichnet Autor als wirkungslos. Zur Bekämpfung der subacuten, in Zwischenräumen immer wiederkehrenden Anfälle ist immer noch Colchicum das beste Mittel: Tinct. Colchici mit und ohne Jodkali (Autor nimmt beides zusammen) oder das Colchicin (Merck) in Pillen. Der Pat. hat ferner von dem bisherigen Quantum Fleisch ein gut Theil abzustreichen und an dessen Stelle Gemüse, Mehl, Fett und Obst zu nehmen, er muss Wein und Bier mög-

lichst meiden, er muss ordentlich steigen und immer wieder schwitzen (Dampfbäder!), daneben dauernd mässige Mengen von Bonifaciusbrunnen und ähnlichen Quellen trinken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 37.)

— **Ueber neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der A.** hielt Prof. Dr. H. Kionka (Jena) einen Vortrag, in dem er etwa Folgendes ausführte: Bei der A. kennen wir als feststehenden Befund, dass im Blute stets mehr Harnsäure zu finden ist, als im normalen Blute, und dass dieselbe dazu neigt, an ganz bestimmten Stellen im Körper sich abzulagern. Ferner schien aus klinischen Befunden der letzten Jahre hervorzugehen, dass der Gichtiker im Gegensatz zum Normalen Aminosäuren, vor allem Glykokoll im Harn ausschiede. Neuere Untersuchungen haben indessen ergeben, dass dieser Satz nicht unbedingte Geltung hat. Das Glykokoll und ebenso die anderen event. vorhandenen Aminosäuren haben aber doch eine grosse Bedeutung für den Gichtiker. Autor hat gezeigt, dass Glykokoll im Stande ist, das Ausfallen saurer, schwer löslicher Urate aus neutralen Uratlösungen zu begünstigen und zu beschleunigen. Gerade in diesem Sinne ist der Harnstoff wirksam: dieser verzögert das Ausfallen der sauren Urate. Normaler Weise wird alles im Körper entstehende Glykokoll sehr rasch weiter abgebaut; es wird zerstört und zu Harnstoff oder einem diesen nahestehenden Körper umgewandelt. Dies geschieht durch die Thätigkeit eines in der Leber gebildeten Fermentes. Die Function dieses Fermentes muss beim Gichtiker eine ungenügende sein, sodass sich unter Umständen grössere Mengen unzersetzten Glykokolls im Körper ansammeln können. Es würde sich also um eine Functionsstörung in der Leber handeln; und dies stimmt auch sehr gut mit den Befunden, die Autor und seine Schüler an Thieren erhoben, überein, indem letztere, durch ausschliessliche Fleischfütterung künstlich gichtkrank gemacht, immer pathologische Befunde in der Leber darboten. Der Gichtiker besitzt nun neben seinem Glykokoll auch grosse Mengen von Harnsäure im Blut, und so sind denn die Bedingungen für ein leichtes Ausfallen der Urate gegeben. Es muss aber noch etwas anderes hinzukommen, um das Krankheitsbild der A. zu Stande zu bringen: Die Beschaffenheit der Niere. Wir dürfen folgende Veränderungen als die Ursachen für die Entstehung der A. ansprechen:

1. Eine Functionsstörung in der Leber, bestehend in einer Beschränkung der Thätigkeit des „harnstoffbildenden Fermentes“;

2. eine Störung der Harnsäureausscheidung durch die Nieren, möglicher Weise auch nur eine functionelle Störung, und vielleicht bedingt durch die Art der Harnsäurebindung im Blute des Gichtikers.

Diese Schädigungen können angeboren sein (hereditäre Gicht) oder durch unzweckmässige Lebensweise oder Gifte (Blei, Alkohol etc.) hervorgerufen. Eine rationelle Therapie der A. müsste also darauf gerichtet sein, vor allem die Leber, sodann auch in gewisser Weise die Nieren zu behandeln. Das zu erreichende Ziel wäre, die Harnsäure und das Glykokoll aus dem Körper herauszuschaffen resp. den Bestand des Organismus an diesen beiden schädlichen Abbauproducten möglichst zu vermindern.

I. Die Beseitigung oder Verminderung der Harnsäure im Organismus kann man erreichen

1. durch Erleichterung der Ausscheidung der Harnsäure,
2. durch Verminderung der Production derselben,
3. durch Steigerung der Harnsäurezerstörung.

Ad 1. Wenn man versuchen will, durch die Therapie die Ausscheidung der im Körper kreisenden Harnsäure zu erleichtern, so ist vor allem daran zu denken, dass dieselbe möglicher Weise beim Gichtiker in einer Form gebunden ist, welche die Nieren nicht oder nur schwer auszuscheiden vermögen. Ferner ist zu berücksichtigen, dass nach dem heutigen Stande unseres Wissens eine Beeinflussung dieser Bedingungen im Blute und in den Geweben durch harnsäurelösende Mittel wohl kaum zu erwarten ist. Dies gilt vor allem auch für das Lithium. Dies kann, soweit es überhaupt zur Aufnahme gelangt, nur als Alkali wirken, indem es ganz ebenso wie das aufgenommene Natrium und Kalium die Alkalescenz des Harnes vermehrt und dadurch das Harnsäurelösungsvermögen des Harnes steigert. Nur auf diese Weise vermögen die Alkalien, die man namentlich als alkalische Mineralwässer giebt, ebenso wie die anderen gebräuchlichen harnsäurelösenden Mittel unter Umständen die Ausscheidung der Harnsäure zu erleichtern. Ausser den Alkalien kommen noch einige organische Basen in Betracht: Piperacin, Lysidin, Lycethol u. a., ferner der Harnstoff. Eine Harnsäurelösung innerhalb des Blutes und der Ge-

webe erhoffte man von einer weiteren Reihe von Substanzen: Urotropin, Helmitol, Citarin u. a. Indessen scheint es mit der harnsäurelösenden Wirkung auch dieser Substanzen nicht anders zu stehen, als mit den genannten Alkalien und Basen. Schliesslich hat man Präparate als Gichtmittel empfohlen, welche im Organismus Nucleinsäure abspalten, da diese mit Harnsäure sehr feste und dabei sehr gut lösliche Verbindungen eingeht. Ein solches Präparat ist Solurol; die Erfahrungen darüber sind noch zu gering.

Ad 2. Die Production der Harnsäure findet vor allem in der Leber statt. Dieselbe ist möglicher Weise beim Gichtiker in pathologischer Weise vermehrt; indessen Beweise dafür haben wir nicht. Jedenfalls wird man therapeutisch dafür zu sorgen suchen. dass in der Leber keine Stauungen eintreten, was durch Trinkenlassen abführender Mineralwässer oder andere milde Abführmittel zu geschehen hat. Sodann kann man versuchen, die Harnsäureproduction einzuschränken, indem man in der Nahrung möglichst wenig Material dafür liefert. So verbietet man zweckmässig zu reichlichen Fleischgenuss. Jedoch man darf nicht erwarten, etwa durch diätetische Massnahmen allein die gesammten Quellen der Harnsäure im Körper verstopfen zu können. Man muss ja annehmen, dass ausser der von den mit der Nahrung eingeführten Purinkörpern entstehenden Harnsäure ein grosser Theil derselben aus dem Körper selbst stammt, indem die zu Grunde gehenden Leukocythen, Epithelzellen etc. das Material dazu liefern. Man unterscheidet daher exogene und endogene Harnsäure. Aus diesem Grunde kann man nicht ohne Weiteres dem Vorschlage v. Noorden's zustimmen, welcher beim Gichtiker individuell durch genaue Analyse der Ausscheidungen bei festgesetzter Diät ausprobiren will, wieviel von Purinkörpern derselbe in der Nahrung verträgt, ohne darauf mit einer grösseren Harnsäureretention zu reagiren. Denn abgesehen davon, dass man aus der Grösse der Harnsäureausscheidung noch keine Schlüsse auf die Harnsäureproduction resp. -retention ziehen kann, so wäre diese Maassnahme nur dann gerechtfertigt, wenn die endogene Harnsäure sich nicht anders beim Gichtiker verhielte, als beim Normalen; das ist aber nach Untersuchungen von Brugsch nicht der Fall. Wir werden uns also wohl bemühen müssen, dem Gichtiker in der Nahrung möglichst wenig Material zur exogenen Harnsäurebildung zuzuführen. und wir werden dabei auch individuell ganz verschieden

weit, z. B. in der Beschränkung des Fleisches, gehen müssen, aber ein Kriterium, wie weit wir gehen müssen, werden wir aus den Zahlen der Harnsäureausscheidung allein nicht entnehmen können, sondern die genaue Beobachtung des Allgemeinzustandes, das Verhalten der verschiedenen gichtischen Erscheinungen wird uns den Maassstab für unser Handeln abgeben müssen.

Ad 3. Man wird bestrebt sein müssen, die im Körper stattfindende Zerstörung der Harnsäure zu fördern. Diese geht durch Vermittelung eines Fermentes vor sich, das bei den verschiedenen Thieren in Leber, Niere, Muskeln gefunden worden ist, und das man jetzt auch in der menschlichen Niere nachgewiesen hat. Es wird also darauf ankommen, die Functionen der genannten Organe so viel als möglich anzuregen und zu kräftigen; d. h. wir werden für eine gute Circulation und Durchspülung der Leber sorgen müssen (s. oben), auch werden wir die Nierenthätigkeit dauernd anregen durch diuretisch wirkende Mineralwässer, Thees etc., endlich werden wir durch eine regelmässige, aber nicht übermässige Muskelthätigkeit einer Stauung in den Muskelgefässen entgegenzuarbeiten und womöglich auch dort eine Zerstörung der Harnsäure zu erreichen suchen.

II. Was nun das Glykokoll betrifft, so kann man bestrebt sein, entweder

1. die Bildung desselben zu beschränken, oder
2. seinen Abbau zu fördern.

Ad 1. Wir müssen heute damit rechnen, dass die Aminosäuren vielleicht als regelmässiges Abbauproduct aller Eiweisskörper auftreten. Den aus diesem Process entstammenden Theil der Aminosäuren würde man also füglich nicht in seiner Entstehung einschränken können. Vielleicht, dass man in sehr schweren Fällen von A. sich dazu entschliessen würde, um die Bildung dieser schädlichen Substanzen einmal vorübergehend einzuschränken, zeitweilig die Eiweisszufuhr überhaupt zu vermindern oder wenigstens Stoffe, die wie Leim (Gallerte) als Glykokollbildner bekannt sind, möglichst aus der Nahrung auszuschalten. Ein sehr grosser Theil des im Körper vorhandenen Glykokolls stammt aber von dem weiteren Abbau der Harnsäure. Da der Gichtiker nun in seinen Geweben und Blute viel Harnsäure besitzt, wird er auch viel Glykokoll bilden. Das ist eben sein Unglück. Denn es wird durch das beim Abbau der Harnsäure entstehende

Product derselben die Harnsäure selbst ausgefällt und dadurch ihre weitere Ausscheidung verzögert. Es entwickelt sich so ein Circulus vitiosus, und das in noch höherem Grade, sowie es zu einem Anfall kommt. Denn auch die Entstehung des acuten Anfalls selbst können wir uns auf diese Weise unschwer erklären. Die typisch localisirten Uratansammlungen entstehen entweder allmählich oder ihre Entstehung hängt mit dem acuten Anfall direct zusammen. Die Orte für diese Ansammlungen sind einmal die Gelenke und deren Umgebung, dann der Ohrknorpel, Stellen, die ihrer exponirten Lage wegen besonderen Schädlichkeiten ausgesetzt sind und die dabei — eine besondere Art von Gewebe haben: Binde- oder Knorpelgewebe! Nun ist das Glykokoll ein Zersetzungsproduct dieser Gewebe ausserhalb des Körpers (collogenes Bindegewebe!). Es ist daher sehr wohl denkbar, dass auch im Organismus Bindegewebe und Knorpel in Glykokoll zerfällt. Wies doch auch Frey nach, dass Knorpel, welcher intra vitam einer Quetschung ausgesetzt war, nach 24 Stunden Glykokoll enthielt! Findet also bei einem krankhaften Process ein vermehrtes Zugrundegehen von Bindegewebe oder Knorpelsubstanz statt, so muss Glykokoll entstehen. Demnach wären bei der Schädigung von Bindegewebe oder Knorpel (durch Trauma, Erfrierung, mangelnde Ernährung etc.) und bei gleichzeitiger „gichtischer“ Disposition (d. h. bei ungenügendem Zerstörungsvermögen gegenüber den Aminosäuren und gleichzeitigem Reichthum an Harnsäure) die Bedingungen für das Ausfallen der Urate gerade an dieser Stelle gegeben. Ist aber erst einmal eine kleine Uratablagerung entstanden, so wirkt diese ihrerseits necrotisirend auf das Nachbargewebe, d. h. es wird weiterer Knorpel in der Nachbarschaft zerstört, daher entsteht neues Glykokoll, das seinerseits wieder die Urate aus dem Blute an Ort und Stelle zum Ausfallen bringt, u. s. f. So sehen wir je nach den bestehenden Verhältnissen der Blutversorgung und des Harnsäuregehaltes des Blutes — der seinerseits abhängig ist von der Art der Nahrungsaufnahme, den Verdauungsvorgängen und den Ausscheidungsverhältnissen — das eine Mal ein ganz allmähliches, reizloses Grösserwerden des Tophus, das andere Mal ein plötzliches Anwachsen mit heftigsten localen Erscheinungen, das Bild des acuten Anfalles, entstehen. Wir sind also therapeutisch in einer sehr üblen Lage, wenn wir den Glykokollvorrath des Organismus dadurch vermindern wollen, dass wir die Bildung der Aminosäuren uns einzuschränken bemühen.

Denn das könnten wir nur thun durch Erschwerung des Abbaues der Harnsäure, und gerade diesen Process müssten wir doch befördern! Wohl aber können wir zur Verminderung der Aminosäure im Körper dadurch beitragen, dass wir bestrebt sind.

2. Den weiteren Abbau des Glykokolls und der anderen Aminosäuren zu fördern. Es liegt ja in dem Versagen dieser abbauenden Function, welche an die Thätigkeit eines in der Leber verschiedener Thiere nachgewiesenen „Formentes" geknüpft ist, wohl die wesentlichste Schädigung des Gichtikers. Auch beim Menschen müssen wir diese Thätigkeit in die Leber verlegen, und wir müssen daher bemüht sein, diese Leberfunction zu bessern. Benzolsäure, Chinasäure, Salicylsäure sind sehr intensive Cholagoga, ebenso Colchicin. Zunächst wirken diese Stoffe nur durch Vermehrung der Blutdurchströmung der Leber; auf die Dauer vermag aber diese vermehrte Blutdurchströmung die spezifische Leberthätigkeit anzuregen, und es erscheinen auch die ausgeschiedenen Gallensäuren vermehrt. Wir sind also vielleicht berechtigt anzunehmen, dass auch bei der A. die genannten Mittel ihre Heilerfolge wenigstens zum Theil einer specifischen Einwirkung auf die Leberfunctionen verdanken. Einen Antrieb dieser Function erzielt man aber auch bei der Darreichung von Abführmitteln; und reicht man solche längere Zeit, so kann man wohl ebenfalls eine Steigerung der spezifischen Leberfunctionen erreichen. Vielleicht finden auf diese Weise die Erfolge eine Erklärung, welche man häufig mit abführenden Mineralwässern (Karlsbad, Marienbad, Salzschlirf, Eisenach) bei A. erzielt. Ebenso steht fest, dass Mineralsäuren die Gallensecretion energisch anregen; vielleicht wirken so die grossen Dosen Salzsäure, die man bei A. empfohlen hat. Schliesslich ist es auch möglich, auf diätetischem Wege auf die Leberthätigkeit einzuwirken. Bei jeder Verdauungsthätigkeit ist die Gallenausscheidung im Gange, und wenn man den Gichtiker recht häufig kleinere Mengen Nahrung zu sich nehmen lässt, so wird dadurch die Gallensecretion ebenso wie die anderen Leberfunctionen fortwährend im Gange erhalten. Man kann aber noch auf andere Weise das Glykokoll im Organismus unschädlich machen, und zwar durch Darreichung obengenannter Mittel: Benzoesäure, Salicylsäure verlassen den Organismus gepaart mit Glykokoll, die Benzoesäure als Hippursäure, die Salicylsäure als ähnliche Körper. Bei dieser Paarung findet also eine chemische Bindung

des Glykokolls statt, das so verhindert wird, seine fällende Wirkung auf die Harnsäure auszuüben. Für eine dauernde Behandlung der A. würden, schon mit Rücksicht auf die schädlichen Wirkungen der Salicylsäure und den hohen Preis der Chinasäurepräparate (die Benzoesäure als solche kommt überhaupt nicht in Betracht) diese Substanzen nicht geeignet sein. Aber im Beginn des Anfalls werden sie sicher gute Dienste leisten, da man durch dieselben auf einmal grosse Mengen von Glykokoll abfangen und so den geschilderten Circulus vitiosus energisch unterbrechen kann. Natürlich wird man bei der Therapie der Gicht auch symptomatisch vorzugehen haben. Man wird gezwungen sein, Narcotica zu geben; man wird Salicyl auch als Antineuralgicum ordiniren, die Salzsäure besonders bei gastrischen Störungen, die bei A. garnicht selten sind, benutzen etc. Man wird auch locale Mittel zu Hilfe nehmen (Kälte, Wärme, Hautreize) und endlich auch einmal operativ eingreifen. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1906 No. 19.)

Asthma. **Ueber Asthmacarbon** macht Dr. G. Zehden (Physiol.-bacteriol. Instit. von Dr. Piorkowski-Berlin) Mittheilung. Es handelt sich um eine aus Argentinien stammende Drogue; Punaria Ascochingae, zur Familie der Compositen gehörend, ist die Pflanze, deren Kraut und Wurzel dazu verwendet werden. Die Untersuchungen, welche angestellt wurden, ergaben, dass sie eine Zuckerart enthält (in 200 g des Krautes 0,01 Glykosid); ein Alkaloid fand sich nicht, wohl aber reichlich Harz und etwas ätherisches Oel, auch die Unschädlichkeit für den Thierkörper konnte nachgewiesen werden. Die Pflanze kommt unter der Bezeichnung Asthmacarbon in den Verkehr. Kraut und Wurzeln werden hierzu aufs Feinste pulverisirt, dann werden 5 g zu einer Tablette comprimirt, die dann auf einer cylindrisch gestanzten Holzkohle befestigt wird. Das Ganze wird so benutzt, dass die Kohle auf dem beigegebenen Blechuntersatz angezündet wird, zum Glühen gebracht wird; an der Kohle entzündet sich die Tablette. Sobald weisse Dämpfe aufsteigen, athmet Pat. dieselben aus einiger Entfernung ein. Nach anfänglichem leichten Hustenreiz wird sofort die Athmung ruhiger, tiefer, die asthmatischen Beschwerden verlieren sich, der Anfall hört rasch auf. Auch bei nächtlichen Hustenanfällen und Athembeschwerden der Phthisiker wirkte diese Behandlung gut; die Expectoration wurde erleichtert, die Beschwerden liessen nach, guter Schlaf stellte sich ein. (Medicin. Woche 1906 Nr. 35.)

— **Zur Therapie des Bronchialasthmas** empfiehlt Dr. G. Zuelzer (Berlin) warm die subcutane Injection von *Atropin* (1 mg): schon nach 10—15 Minuten tritt in manchen Fällen eine eclatante Besserung des Zustandes ein.

(Die Therapie der Gegenwart, Septbr. 1906.)

— **Ueber Heissluftherapie bei Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale** theilt Dr. E. Cohn-Kindborg (medic. Univers.-Poliklinik Bonn) seine Erfahrungen mit. Autor hatte sich davon überzeugt, dass durch Erhitzung der Thoraxoberfläche eine intensive Blutableitung, eine Entlastung der Lunge zu Stande kommt, und suchte dies bei Fällen, wo eine Blutentlastung der Lunge angezeigt erschien, auch therapeutisch zu verwerthen. Ein von der Firma Eschbaum hergestellter, den ganzen Thorax umfassender Heissluftkasten, der an den Oeffnungen für Kopf, Rumpf und Arme mit Filz abgedichtet und über einem Stuhl mit Rückenlehne in beliebiger Höhe verstellbar ist, wurde dazu benutzt. (Der Apparat ist so verstellbar, dass ganz corpulente Pat., aber auch Kinder bis zu 6 Jahren herab, ihn benutzen können; er wird aber jedenfalls noch in verschiedenen Grössen hergestellt werden.) Dauer der Sitzung 1 Stunde, Erhitzung bis zu 80° C. Die therapeutischen Erfolge waren recht befriedigend. Unter 12 Fällen von Emphysem und chron. Bronchitis, meist Combinationen beider, 11mal sehr günstige Beeinflussung der Erscheinungen. 5 Fälle von Asthma bronchiale (darunter 4 Kinder), alles recht schwere Fälle, ebenfalls auffallend günstig beeinflusst, sowohl was die subjectiven, als auch was die objectiven Symptome betrifft: z. B. subjective Erleichterung der Athemnoth, Verschwinden des Stridors, erheblicher Rückgang des Volumen pulmonum auctum, Zunehmen der Vitalcapazität der Lungen, Nachlassen des Hustens und Auswurfes etc.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 41.)

Blutungen. **Ueber gewöhnliche Nierenblutungen** lautete das Thema eines Vortrages von Prof. Casper (Berlin). Er beschreibt dabei zunächst 2 Fälle, bei denen die Untersuchung eines herausgeschnittenen Stückchens resp. die der ganzen herausgenommenen Niere ergab, dass die B. von einer chronischen parenchymatösen Nephritis herrührten. Die Fälle zeigen also wieder. dass es chronischen doppelseitigen diffusen Morbus Brightii giebt, der auf lange Zeit hinaus symptomlos verläuft, keine Cylinder

und Eiweissausscheidung, keine Oedeme, keine Circulationsstörungen aufweist, und bei dem schwere langdauernde B. aus nur einer Niere vorkommen. Schwieriger zu beurtheilen waren 2 andere Fälle. Klinisch stimmten sie mit den beiden Blutungsnephritiden darin überein, dass die B. ganz unmotivirt scheinbar völlig gesunde Individuen betrafen, dass sie einseitig waren, dass die üblichen Blutstillungsmittel ohne Erfolg blieben, dass sie ohne Schmerz und Beschwerden verliefen. Aber die Untersuchung der ausgeschnittenen, geblutet habenden Niere wies hier keine Nephritis auf, sondern nur minimale andersartige Veränderungen, die nicht als nephritische bezeichnet werden konnten. Für Nephritis muss die Doppelseitigkeit als ein Charakteristicum angesehen werden. Autor hat in mehr als 100 Fällen, wo Nephritis-Eiweiss vorhanden war, den Harn beider Nieren getrennt aufgefangen und stets Eiweiss im Harn beider Nieren gefunden. Ausserdem bedeutet Nephritis einen diffusen Process, und nicht so circumscripte Veränderungen, wie sie in den beiden Fällen vorlagen. Im ersten war nur ein Oedem der Niere zu constatiren, ein Zustand, der sich zwanglos aus der starken Blutung und der infolge davon durch Verstopfung der Harncanälchen mit Blut aufgetretenen Stauung erklärt; das Oedem war also Folge der Blutung, nicht deren Ursache. Im 2. Falle fanden sich eine verdichte Glomeruluscapsel und 2 Herde geringfügiger Bindegewebsentwickelung, die sich an eine Arterie anschlossen. Solche Veränderungen finden sich fast in allen Nieren nicht ganz junger Individuen, und zumal der Sitz der B. nicht in der nächsten Umgebung dieser winzigen Herde zu finden war, ist es wohl ausgeschlossen, dass jene diffusen B. hier ihren Ausgang genommen haben. Man wird hier wieder zu der Annahme gedrängt, dass es essentielle Nierenblutungen giebt, d. h. B., für die sich eine materielle Grundlage in der blutenden Niere nicht findet. Es kommen ja auch Lungenblutungen, Magenblutungen bei Hysterischen, Hautblutungen, B. in die Conjunctiven, Nasen- und Blasenblutungen vor, ohne dass in diesen Organen eine Erkrankung erkennbar ist. In Bezug auf die Diagnose solcher Nierenblutungen liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei den chronischen blutenden Nephritiden. Selbst mit Hilfe aller, auch der neuesten Untersuchungsmethoden werden wir bisweilen im Zweifel bleiben. Wenn eine Niere stark blutet, wenn man keine Cylinder, kein Eiweiss findet, wenn nichts palpirbar war, das Röntgenbild negativ ist und die functionelle Unter-

suchung der Niere gleiche Werthe auf beiden Seiten ergiebt, so kann es sich um einen kleinen Tumor der Niere oder des Nierenbeckens, eine Nephritis oder um jene essentielle Nierenblutung handeln; beginnende Tuberculose, die schwere B. machen kann, dürfen wir ausschliessen, weil nach zahlreichen Beobachtungen des Autors jede Tuberculose, sobald sie einmal B. macht, eine Functionsverminderung der kranken Seite deutlich erkennen lässt. Aus dieser Unsicherheit der Diagnose ergibt sich die Richtschnur für die Therapie. Warten, bis die Blutung steht, das ist ein zweischneidiges Schwert, das bittere Folgen haben kann. Autor sieht ab von den Fällen, in welchen die Schwere der B. eine vitale Indication für die Operation abgiebt. Um die aus Gründen der Blutung nicht operationsbedürftigen Fälle handelt es sich. Hier sei betont, dass maligne Tumoren blutfreie Perioden von 1 Jahr und darüber haben können. Hat nun ein solcher Fall einer scheinbar essentiellen Nierenblutung, in Wirklichkeit aber ein maligner Tumor vorgelegen und hat man bis zur nächsten Blutung, die vielleicht 1—2 Jahre später eintritt, gewartet, so hat man event. den günstigen Zeitpunkt zur Operation versäumt, es sind Metastasen da, der Kranke nicht mehr zu retten. Deshalb darf man die Operation nur dann widerrathen, wenn das Vorliegen eines malignen Tumors mit Sicherheit auszuschliessen ist.

(78. Naturforscherversammlung in Stuttgart. — Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 39.)

— „**Gegen Menorrhagien,**“ schreibt Dr. Heermann (Posen), „ist *Gelatine* auch innerlich sehr zu empfehlen, sowohl während der Blutung in 10%iger Lösung mehrmals täglich ein Esslöffel als auch in der Zwischenzeit zwischen den Perioden mit Fruchtsäften, als Pudding etc. einmal täglich. Zugleich wird das Allgemeinbefinden dabei günstig beeinflusst.“

(Therap. Monatshefte, Septbr. 1906.)

— Einen **Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum** liefert Dr. M. Neu (Frauenklinik Heidelberg). Er empfiehlt Gelatine als fast typisches Heilmittel bei der Therapie dieser Affection. Sie wird in Mengen von 10 bis 20 ccm (10%ige Lösung) am besten in einen der Oberschenkel injicirt und zwar so frühzeitig als möglich, d. h. nach den ersten sicheren Anzeichen des Leidens. Der Praktiker benützt am besten die Merck'sche 10%ige „Gelatina sterilisata pro injectione“. Etwas Schmerzhaftig-

keit und Fieber muss man mit in den Kauf nehmen. Was die übrige Therapie anbelangt, so ist für reichliche Wärmezufuhr zu sorgen, und diese durch Flanellbindenwickelung der Extremitäten zu unterstützen (auch dadurch Bekämpfung der Anaemie durch Autotransfusion!); in schweren Fällen von Anaemie natürlich auch Excitantien (Campherinjectionen!). Das Kind wird für die anfänglichen Anlegetermine (1—4 Anlegezeiten) von der Brust abgesetzt und erhält kleine Dosen wenig gekühlten, russischen Thees; frühzeitig wird dann zu mässig gekühlter, abgepumpter Muttermilch übergegangen, und, sobald der Kräftezustand besser geworden, zu directer Brusternährung. Alle anderen Maassnahmen sind bei der Gelatinebehandlung überflüssig. (Medicin. Klinik 1906 No. 41).

Diabetes. **Hypermetropie und D. mellitus,** darüber sprach Lichtenstein im Anschluss an eine Beobachtung, die er gemacht hat. Ein 17 Jahre alter Gärtner giebt an, er könne in letzter Zeit nicht mehr so gut sehen wie früher: S = $^6/_6$, dabei völlige Accommodationslähmung (+ 12,0 D.). Linke Pupille etwas weiter, Gesichtsfeld normal, Urin bei einer Menge von 6 l und 1026 spec. Gew. $4^1/_2$% Zucker. Kniereflexe schwach, wie öfter bei Diabetes. Am Tage nach der ersten Untersuchung braucht Pat. für die Ferne + 2,5, nach fünf Tagen + 3,5, nach acht Wochen wieder + 1,5, während die Lähmung auf + 5,0 zurückgegangen war; man konnte diesen Befund stets objectiv mit dem Augenspiegel controlliren. Es handelte sich also um eine transitorische Hypermetropie; latente Hypermetropie war sicher auszuschliessen, sodass Vortrag. Groenouw und Schmidt-Rimpler widersprechen muss, die diese Fälle auf das Manifestwerden einer bis dahin latenten Hypermetropie zurückführen. Vielmehr sind diese Fälle auf eine Veränderung der Brechkraft der Linse durch vermehrte Wasserabgabe in Folge der Zuckerkrankheit zurückzuführen. (Berliner ophthalm. Gesellschaft, 12. Juni 1906. — Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 41.)

— **Ueber Pentosurie** hielt Dr. Fr. Rosenfeld (Stuttgart) einen Vortrag mit etwa folgendem Inhalt: Die Pentosen sind Kohlehydrate von der Formel $C_5H_{10}O_5$; die Formel für Traubenzucker lautet $C_6H_{12}O_6$. Die Harnpentose giebt alle Reductionsproben wie der Traubenzucker, also Fehling, Trommer, Moore etc., aber sie gährt nicht. Trotzdem die erstgenannten Proben identisch sind, so sind doch

für den Erfahrenen kleine Unterschiede vorhanden, welche ihn belehren, ob Pentose oder Traubenzucker vorliegt. So ist die Trommer'sche Probe zwar deutlich, sie kommt aber verzögert und meist erst bei der Abkühlung, dann aber nicht langsam fortschreitend, sondern schussweise, sodass auf einmal das blaue Kupfersulfat umgewandelt erscheint in das gelbe Kupferoxydulhydrat. Die Nylander-sche Probe ist manchmal deutlich, häufig aber gänzlich negativ. Ab und zu wird der Harn zwar dunkel, schwarz aber wird er nur bei reichlichem Gehalt an Pentosen. In der Regel sind die Pentosenharne optisch inactiv, sie drehen die Ebene des polarisirten Lichtes nicht. Dies trifft aber nicht für alle Fälle zu. Es sind schon zwei Fälle von rechtsdrehender Pentosurie beschrieben und des Autors erster Fall drehte auch rechts ohne zu gähren. Erhärtet wird das Vorhandensein von Pentosen im Harn durch den positiven Ausfall der Orzinreaction. Man versetzt 3 ccm Harn mit 5—6 ccm rauchender Salzsäure vom spec. Gewicht 1,19, fügt eine Messerspitze Orzin zu und erhitzt zum Sieden. Schon beim beginnenden Sieden zeigt sich eine Dunkelfärbung der erhitzten Flüssigkeit. Dieselbe wird grünlich, und wenn man sie 1/4 Minute im Sieden erhält, so scheiden sich bei der Abkühlung grünlich-blaue Flocken aus. Diese intensive, grünlich-blaue Färbung ist absolut beweisend für Pentose. Noch deutlicher wird dieser Farbenton der Probe, wenn man nach Eintritt der Verfärbung und der Ausscheidung der Flocken einige Cubikcentimeter Amylalkohol zusetzt und damit ausschüttelt. Der Farbstoff geht dann in den Amylalkohol über und zeigt im Spektroskop einen Absorptionsstreifen zwischen C und D, d. h. zwischen Roth und Gelb. Die Orzinprobe ist in der angegebenen Weise angestellt eindeutig. Doch giebt es Fälle, in denen diagnostisch die Glykuronsäure Schwierigkeiten bereitet. Kocht man nämlich länger als die angegebene Zeit, so geben Harne, die reichlich Glykuronsäure enthalten, auch eine Verfärbung und Niederschlag, der aber weniger grünblau als violett ist. Deswegen giebt es verschiedene Modificationen der Orzinprobe. Die eine ist die Bial'sche, bei der die Wirkung der Orzinsalzsäure noch durch Eisenchlorid verstärkt ist. Man erhitzt ca. 4 ccm des „Bial'schen Reagens" zum Kochen und fügt einige Tropfen bis 1 ccm Harn hinzu. Bei Anwesenheit von Pentosen zeigt sich die grüne Farbe an den Berührungsstellen. Die zweite sehr brauchbare Modification rührt von H. Brat her, der fand, dass das Opti-

mum der Orzinsalzsäurereaction zum Nachweis der Pentose bei 90—95° liegt und dass sich durch diese Abgrenzung auch Pentosen und Glycuronsäure trennen lassen. Das Bedeutungsvolle der Pentosurie besteht in der Aehnlichkeit der Harnbefunde mit dem D. Daher kommt es, dass fast alle Pentosuriker als Diabetiker eine Zeit lang angesehen und behandelt werden. So wurden auch des Autors zwei Pat. für Diabetiker gehalten. Der zweite Fall war auch sonst in mancher Beziehung interessant. Pat. hatte bei einem Eisenbahnunglück Quetschungen und einen nervösen Choc davongetragen; er kam mit Klagen über Aufregungszustände, Schwindel u. dgl. Verzögerter Trommer, Gährung negativ, typische Orzinreaction. Der Vater des Pat. ist Diabetiker! Da erhebt sich natürlich die Frage: In welchem Verhältnisse stehen D. und Pentosurie? Klinisch ist die Unabhängigkeit der Pentosurie von D. durchaus nicht sichergestellt. Es ist ein Fall bekannt, wo Pentosurie mit Traubenzuckerausscheidung abwechselte; es sind bei Diabetikern schon geringe Mengen von Pentosen im Harn nachgewiesen worden; es sind Pat. mit Pentosurie bekannt, die aus diabetischen Familien stammten. Und nun obiger Pat., der Sohn (und Neffe) eines Diabetikers, der Pentose ausscheidet nach einem mit einem heftigen Choc verbundenen Trauma (wie man es bei D. häufig trifft) und dieselbe im Laufe von zwei Monaten wieder allmählich verliert. Auch die Pentosurie beruht wohl auf einer gewissen Schwäche des Zuckerstoffwechsels, nur sind es hier die 5 C-atomigen Zucker, die betroffen sind. Worin liegt nun die Bedeutung der Pentosurie für den praktischen Arzt? Sie liegt vor Allem darin, dass die Pentosuriker nicht als Diabetiker behandelt werden! Pentosurie geht nicht in D. über; sie ist keine Krankheit, sondern eine Stoffwechselanomalie, deren Bedeutung eben darin beruht, dass sie meist mit D. verwechselt wird. Gegen derartige Irrthümer schützt den Arzt schon absolut sicher die mit allen Kautelen angestellte Gährungsprobe.

(Medicin. Klinik 1906 No. 40.)

— **Dulcinol-Chocolade** für Diabetiker und Fettleibige hat Dr. W. Sternberg (Berlin) hergestellt mit dem Süssstoff **Mannit**, welcher durch minimalen Zusatz von Kochsalz einen sehr angenehmen Geschmack erhält. Die Süsse dieses, den natürlichen Süssstoffen, den Zuckern, chemisch so nahestehenden Alkohols bedingt die Reinheit des Süssgeschmacks. Daraus wird nun bereitet: 1. ein wohlschmeckendes Cacao-

pulver; 2. eine wohlschmeckende Esschocolade, Tafelchocolade zum Rohessen; 3. eine wohlschmeckende Trinkchocolade. Sie werden von J. D. Riedel (Berlin) in den Handel gebracht. Zubereitung der Trinkchokolade: Auf 1 grosse Tasse (1/4 Liter) Milch oder Wasser nimmt man etwa 40 g Chocolade (1 Abschnitt einer 1/2 Pfundtafel). Diese, in kleine Stücke zerbrochen, löst man in Wasser auf gelindem Feuer unter beständigem Rühren zu einem glatten Crême auf, giesst dann den Rest Milch oder Wasser hinzu und lässt das Ganze noch ordentlich durchkochen. Kurz vor dem Anrichten quirlt man die ganze Masse tüchtig durch, um die auf der Oberfläche sich so leicht bildende Haut zu vermeiden. Auch zu Chocoladencrême, Chocoladeneis u. dgl. kann man die Chokolade verwenden. Letztere enthält an löslichen Kohlehydraten nur 6,1 %, an unlöslichen noch 3 %, zusammen also nur 9,1 %, sodass diese, sich dazu noch durch Schmackhaftigkeit auszeichnende Chocolade auch bei D. und Adipositas ruhig genossen werden kann. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 42.)

Fracturen und Luxationen. **Die Schädigung des Sehorgans beim Schädelbruche** bespricht Augenarzt Dr. K. Liebrecht, nachdem er etwa 150 Fälle von Schädelbrüchen im Hamburger Hafenkrankenhause auf das Vorhandensein von Schädigung des Sehorgans untersucht hat. Er macht folgende Eintheilung:

I. *Die Befunde am Sehnerven und Gesichtsfelde.*

1. *Vollständige oder theilweise Erblindung eines Auges.* Es ist gar nicht so selten, dass ein Schädelverletzter, sobald er aus seiner Bewusstlosigkeit resp. Benommenheit erwacht, angibt, dass er auf einem Auge blind sei. Die Pupille des betreffenden Auges reagirt nicht mehr auf Lichteinfall, wohl aber consensuell vom anderen Auge, der ophthalmoskopische Befund ist völlig normal. Erst nach 2—3 Wochen wird die Pupille blasser und schliesslich atrophisch. In solchen Fällen liegt ein basaler Schädelbruch vor, dessen Bruchlinie die Wandungen des Canalis opticus betroffen hat, und an dieser Stelle ist der Sehnerv durchrissen. Noch häufiger als diese totalen Zerreissungen sind Einrisse in den Sehnerven, die den Ausfall eines Theiles des Gesichtsfeldes bedingen. Diese Verletzungen sind fast stets einseitig.

2. *Hemianopische Ausfälle im Gesichtsfeld* sind nicht so häufig. Wir müssen unterscheiden zwischen homonymen

Hemianopsien, wenn auf beiden Seiten entweder die rechten oder die linken Gesichtsfeldhälften, und den temporalen, wenn auf beiden Seiten die temporalen Gesichtsfeldhälften ausfallen. Die Homonymen, die bei jeder Verletzung des Sehnervenfaserzuges vom Tractus opticus centralwärts bis zum Sehcentrum im Hinterhauptslappen eintreten, scheinen bei Schädelbrüchen in der Regel nur bei directer Verletzung des Sehcentrums bei Brüchen des Hinterhaupts zur Beobachtung zu kommen. Aus der Literatur sind auch 2 Fälle von bitemporaler Hemianopsie nach Schädelbruch bekannt. Eine solche kann nur entstehen bei sagittaler Durchtrennung des Chiasma in der Mitte, wodurch die gekreuzten Bündel durchtrennt, die ungekreuzten unversehrt bleiben. Eine solche Durchtrennung des Chiasma können Knochensplitter bewirken.

II. *Lähmungen von Augenmuskeln.*

Lähmung des *Facialis* ist die häufigste; sie tritt in 20 % sämmtlicher Fälle von basalem Schädelbruch ein und bleibt meist partiell, d. h. sie betrifft nur die Zweige des Mundfacialis. Prognose meist gut. Die partiellen Lähmungen heilen schneller und vollkommener, als die totalen. Beiderseitige totale Lähmung ist auch nicht selten (in 3 % von des Autors Fällen). In vielen derartigen Fällen ist eine Blutung aus dem Ohr erfolgt, ein Beweis dafür, dass ein Riss im Felsenbein vorhanden ist. Autor ist der Ansicht, dass bei Lähmungen des Facialis und anderer Hirnnerven der Nerv in der Regel an der Schädelbasis in der Nähe des Durchschnittes durch den Schädelknochen geschädigt ist. Am zweithäufigsten wird der *Abducens* betroffen (in 5 %), was bei der Häufigkeit der Bruchlinie in der mittleren Schädelgrube leicht erklärlich ist. Prognose ist nicht so gut, wie bei Facialislähmung; sie bleibt oft eine totale. Weniger häufig sind Lähmungen des *Trochlearis* und *Trigeminus*. Bei totaler Lähmung des letzteren besteht die Gefahr einer Keratitis neuroparalytica. Ausser diesen typischen Lähmungen beobachtet man namentlich während der Heilungsperiode vorübergehende *Schielzustände*, die nicht auf einen bestimmten Nerven hinweisen; es liegen hier wohl Läsionen des Nerven vor durch Compression oder Zerrung im Verlaufe des Vernarbungsprocesses an der Schädelbasis.

III. Am häufigsten und für die Diagnose am wichtigsten sind die *Blutungen in die Lider und Bindehaut* (in 34 % der Fälle). Sie treten meist unmittelbar nach der Ver-

letzung auf, besonders die grossen, massigen, wo dann die Lider als blauschwarze Wülste hervorspringen. In nicht seltenen Fällen tritt die Blutung erst am 2. oder 3. Tage auf. Die Massigkeit der Blutung und die Zeit ihres Auftretens hängt ab von der Ausdehnung und dem Sitze des Bruches im Orbitaldach. Erreicht der Sprung im Knochen nur den hinteren Theil des Orbitaldaches, so ist die Blutung nicht sehr stark und dringt erst allmählich unter dem Perioste des Orbitaldaches im Orbitalgewebe nach vorn und senkt sich in die Lider. Ist aber das Orbitaldach bis zum vorderen Stirnrande und noch dazu mehrfach zerbrochen, so haben wir jene massige, rasch sich zeigende Blutung. Wir haben also hier diagnostische Fingerzeige.

IV. *Die pathologischen Erscheinungen an der Pupille* sind sehr zahlreich (in ca. 40 % der Fälle); je länger die Bewusstlosigkeit andauert, desto mehr zeigen sie sich: absolute Starre, Lichtstarre, Herabsetzung der Reaction, Ungleichheiten, Unregelmässigkeiten in der Form. Doppelseitige absolute Starre kommt nur in ganz schweren Fällen vor und hat in der Regel infauste Bedeutung. Hochgradige Herabsetzung der Lidreaction wird öfters beobachtet. Hierher gehören auch die Fälle mit partieller Zerreissung des Sehnerven im Canal. Je grösser der Ausfall im Gesichtsfelde ist, um so träger ist auch die Reaction der Pupille bei Beleuchtung.

V. *Hyperaemie, Trübung, Schwellung der Sehnervenpapille* kommen in 5—6 % der Fälle vor. Sie haben auf das Sehvermögen keinen Einfluss und werden gewöhnlich erst bei der genauen Untersuchung entdeckt.

Letztere sollte in jedem Falle von Schädelbruch stattfinden, das Auge dann dauernd beobachtet werden, da, wie wir sahen, ein solcher Bruch mannigfach auf das Sehvermögen einwirken und die Erwerbsfähigkeit des Pat. beeinträchtigen kann. (Medicin. Klinik 1906 No. 36.)

— **Dorsale Fixation des Armes bei Schlüsselbeinbruch.** Darüber macht Prof. Dr. C. Bayer (Prag) folgende interessante Mittheilung: „In zwei Fällen von Fractur des Acromialendes des Schlüsselbeines erzielte ich tadellose Coaptirung der Bruchenden durch Fixation des Vorderarmes quer über den Rücken. Ein Pflasterzug über die Clavicula, den Humeruskopf und über diesen zum Rücken verlaufend extendierte das Acromialende und drängte den Humeruskopf nach hinten; ein zweiter Streifen, den ersteren

kreuzend, verlief von der Schulterhöhe über die Fracturstelle, den Brustkorb, das Olecranon und über den Rücken zur Schulterhöhe zurück; ein dritter Streifen endlich umfasste als Schleife das Carpalende des Vorderarmes, verlief über den Rücken, die Schulterhöhe, die Fracturstelle und endete vorn in der Pectoralisgegend. Der Arm mit Freilassung der Hand wurde in dieser Lage mittels Bindentouren nach Desault fixirt. Die einzige Unbequemlichkeit dieses Verbandes besteht darin, dass der Kranke nicht auf dem Rücken liegen kann; bei seitlicher Lagerung des Körpers jedoch mit leichter Neigung zur Bauchlage stört der Vorderarm am Rücken gar nicht. Ahmt man die beschriebene Armhaltung nach, so kann man sich von dem kräftigen Zuge, den sie auf die Clavicula ausübt, leicht überzeugen." (Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 37.)

Gonorrhoe. Ueber ein einfaches Hilfsmittel bei der Gonorrhoebehandlung, das die Erfolge der sonst üblichen Therapie qualitativ und der Zeit nach besser gestaltet, macht Dr. O. Buber (Jägerndorf) Mittheilung. Es sind das *heisse Penisbäder*, 3—4mal am Tage 10—15 Minuten applicirt, so warm, wie es vertragen wird. Recht oft wird auch ein Fortschreiten des Processes von vorn nach hinten dadurch verhindert.

(Die Therapie der Gegenwart, Octbr. 1906.)

— **Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passirung des M. sphincter externus urethrae** wird von Dr. J. Löblowitz (Olmütz) angelegentlichst für intraurethrale Eingriffe empfohlen. Es besteht darin, dass man in dem Momente, wo man dem Sphincter internus passiren will, den Pat. eindringlich auffordert, zu uriniren, d. h. Anstrengungen zu machen, dies zu thun. Der Muskel wird dadurch entspannt und ausserdem die Aufmerksamkeit des Kranken von dem Eingriffe abgelenkt.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1906, Bd. 43 No. 8.)

— **Versuche mit Santyl** hat Dr. Sklarek (Hannover) angestellt. Da der Geschmack des Mittels nicht unangenehm ist, kann man es in Tropfenform (3mal täglich 20—30 Tropfen nach der Mahlzeit in etwas Milch) geben; bequemer sind die Kapseln. Das Mittel wurde (neben Localbehandlung) auch bei mit Urethritis posterior und Cystitis complicirter G. angewandt (zum Theil recht schweren Fällen) und zeigte augenfällige Wirkung. Es leistet nach Autors

Beobachtungen zum mindesten ebensoviel wie die bisher bekannten internen Trippermittel, unterscheidet sich aber von diesen durch den Mangel jeglicher Nebenwirkungen, sowie durch seine Geschmack- und Geruchlosigkeit. Bei Complication mit Urethritis posterior und Cystitis schien die Combination mit Urotropin besonders wirksam zu sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 36.)

— **Zur internen Therapie der Blennorrhoen** empfiehlt Dr. W. Friedländer (Berlin) *Oliophen*, ein von den chem. Fabriken Jul. Norden & Co. (Berlin) hergestelltes Präparat, das aus einer Lösung von Salol in Olivenöl und den wirksamen Bestandtheilen des Leinsamens besteht. Von dieser Mischung werden 3mal 30 Tropfen täglich genommen (event. in elastischen Kapseln). Autor gab das Mittel bei acuter und subacuter Urethritis anterior und posterior und Urethrocystitis gonorrhoica, und kann sagen, dass die Complicationen der Blennorrhoe ebenso selten blieben wie bei Darreichung von Ol. Santali und ähnlicher Mittel. Dabei ist Oliophen von üblen Nebenwirkungen gänzlich frei und hat angenehmen Geschmack.

(Therap. Monatshefte, October 1906.)

Helminthiasis. In einer Arbeit **Beiträge zur Therapie der H.** empfiehlt Bergarzt Dr. H. Goldman (Brennberg) sehr warm das *Taeniol* der Firma Krewel & Co., das in 3 Stärken in den Handel kommt, und zwar für Erwachsene und Kinder über 10 Jahre in Gelatinekapseln, für kleine Kinder in Chocoladepastillen. In vielen hundert Fällen von Ankylostomiasis hat es sich dem Autor bestens bewährt, und ebenso bei Ascaris und Oxyuris. Autor verfügt über Fälle, bei denen er mit einer einzigen Taeniolcur eine heftige Ascaridiasis heilen konnte, die jahrelang allen möglichen Mitteln hartnäckig widerstand; allerdings müssen event. solche Curen wiederholt werden. Von Taenien hat Autor 6 Fälle mit Taeniol behandelt; 5 mal ging die Taenie nach *einer* Cur ab, 1 mal erst nach der Wiederholung. Gute Fntleerung des Darmes ist auch bei dieser Cur Erfordernis.; es wird von der Firma jeder Taenioldosis eine Anzahl von sicher purgirenden Mitteln mitgegeben, von denen ein Theil vor der Cur, ein Theil nachher zu nehmen ist. Da Taeniol ungiftig ist, braucht man nicht auf seine rasche Eliminirung zu sehen, im Gegentheil ist es besser, das Mittel länger einwirken zu lassen, d. h. das

Abführmittel erst 1—2 Stunden nach der letzten Taeniolcur anzuwenden. Die sogen. Vorcur kann wegbleiben.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 36.)

— Eine **schwere Enteritis, verursacht durch Trichocephalus dispar im Darme** fand Linienschiffsarzt Dr. W. Polende (Pola) bei einem Matrosen, der vier Wochen lang anfangs continuirlich, später remittirend fieberte und unter starken Diarrhoen rasch abmagerte. Im Stuhle eine grosse Menge von Trichocephaluseiern. Nach eingeleiteter anthelminthischer Cur (Benzinklysmen, Thymol) nach drei Tagen Fieber weg, nach fünf Tagen normaler Stuhl, rasche Erholung. Derselbe Autor publicirt einen *Fall von gleichzeitigem Vorhandensein von Taenia solium, Ascaris und Trichocephalus dispar* im Darm eines Matrosen. Es wurde eine Taenie durch 10 g Extr. filic. mar. abgetrieben. Als der Stuhl nach acht Tagen untersucht wurde, fanden sich keine Taeniaeier, aber viele Eier von Ascaris und vereinzelte von Trichocephalus dispar. Nach Santonin gingen 12 Ascariden ab. Der Fall zeigt, dass letztere auf Extr. filic. mar. nicht reagiren.

(Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 37.)

Herpes. Ein **Fall von H. des Oesophagus** wurde von Dr. Arth. Holub in der G. Glücksmann'schen Poliklinik (Berlin) beobachtet. Es handelte sich um einen 48jähr. Schutzmann, der, abgesehen von rheumatischen Beschwerden, bisher stets gesund war. Seit mehr als einem halben Jahr aber verspürt er zeitweise, in Pausen von 1—3 Wochen, meist Nachts starke Schmerzen, die, vom Rücken her zwischen den Schultern kommend, nach vorn in die Brust- und Magengegend ausstrahlen (sie machen sich wie „das Schneiden eines scharfen Messers" geltend) und nach einigen Minuten wieder plötzlich verschwinden. Seit dieser Zeit bemerkt Pat. beim Schlucken fester Bissen hier und da ein Steckenbleiben derselben vor dem Magen, das nur durch Nachtrinken von Wasser behoben werden kann. Bei der Untersuchung geht die Spiralsonde glatt in den Magen, das Radiogramm zeigt nichts Pathologisches, der Mageninhalt ist nach Probefrühstück normal. Dagegen constatirt man mit dem Glücksmann'schen Oesophagoskop an der Cardia rechts auf der Höhe einer Falte zwei runde, grauweisse, von einem hyperaemischen Hofe umgebene Stellen und auf der gegenüberliegenden Falte eine im Profil erscheinende ebensolche Stelle, die sich bläschenförmig über das Niveau der Schleimhaut erhebt. Pat.

erhält täglich Eucaininstillationen (3%) und dreimal täglich 10 Tropfen einer Lösung von 0,1 Morphium auf 20 g Aq. laurocer., dazu flüssig-breiige Kost, worauf die Beschwerden nachlassen und die Affection verschwindet. Sie bleibt es auch, jedoch treten in längeren Pausen immer noch jene Schmerzattaquen Nachts und das Gefühl des Steckenbleibens von harten Bissen ein, um aber immer bald wieder zu verschwinden. Pat. befindet sich im übrigen durchaus wohl. Die bläschenförmige Eruption in ihrer kreisförmigen Anordnung, das Verschwinden derselben innerhalb weniger Tage, ihr gutartiger Verlauf, die hartnäckig chronisch recidivirende Form, das Alles spricht für H., für dessen Auftreten allerdings ein aetiologisches Moment nicht zu finden war. Dass der H. sich nur auf der Schleimhaut des Oesophagus etablirte, ist ja eine seltene Erscheinung, es kommt aber vor. Die Diagnose wurde durch die schönen Bilder, die das genannte Oesophagoskop giebt, sehr erleichtert; ohne solche Untersuchung hätte man ein Carcinom kaum ausschliessen können.

(Die Therapie der Gegenwart, September 1906.)

— Einen **Beitrag zum primären H. corneae neuralgicus** liefert Dr. Franz Heilborn (Breslau). Bei ganz gesunden Augen und bei Fehlen von Trigeminusneuralgien ist ein solches H. sehr selten. Aber es können auf durchaus gesunder Hornhaut in Folge nervöser Einflüsse Herpesbläschen auftreten, was sich gewöhnlich durch viele Jahre periodisch wiederholt. Einen solchen Fall von primärem H. corneae neuralgicus beobachtete Autor bei einer 22jährigen Pat., welche klagte, dass seit 7—8 Jahren bei ihr zwei- bis dreimal im Jahre ganz plötzlich Nachts heftige Augenschmerzen auftreten. Da am Auge nichts zu sehen war, bestellte Autor die Pat. zur Zeit eines derartigen Anfalles wieder. Er wurde nun eines Tages zu ihr gerufen, da in der Nacht vorher das Leiden wieder aufgetreten sei. Pat. lag im dunklen Zimmer mit heftigen Schmerzen und starker Thränensecretion, unfähig, die Augen zu öffnen. Bei seitlicher Beleuchtung sah man ein Bläschen auf der Cornea des rechten Auges, daneben eine kleine Excoriation (geplatztes zweites Bläschen), auf der linken Cornea mehrere Bläschen und Excoriationen. Sonst Augen normal. Wieder war der Anfall mitten in der Nacht aufgetreten, nachdem sich Pat. Abends gesund zu Bett gelegt hatte. Aetiologisch nichts zu eruiren. N. orbitalis auf Druck schmerzfrei, Bulbus hochgradig empfindlich, Cocaineinträufelung

und Verordnung von Pyramidon, dreimal täglich 0,3. Tags darauf Corneae normal, Pat. völlig gesund. Autor sucht den Sitz des Leidens im Ganglion ciliare, welches nach dem Bulbus die Nn. ciliares breves entsendet.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 25. Oktober 1906.)

Heufieber. **Ueber die Anwendung der Bier'schen Stauungshyperaemie gegen Heuschnupfen** macht Dr. Fr. Müller (Heilbronn) eine Mittheilung. Autor wandte das Verfahren bei einem Falle von hartnäckigem H. mit eclatantem Erfolge an. Schon nach einer halben Stunde merkte Pat. Erleichterung, der Kopfdruck, das Augenthränen und das heftige Kitzelgefühl liessen nach; nach einer Stunde war Pat. beschwerdefrei. Hernach trug sie die Binde noch einige Stunden. Der Heuschnupfen blieb drei Tage lang aus; am vierten Tage, als ein leichterer Anfall kam, verwendete sie wieder die Binde mit gleich raschem Erfolg. Nach einigen Tagen noch zwei weitere leichte Anfälle, seitdem (seit circa vier Wochen) ist sie beschwerdefrei, obwohl die Gräserblüthe noch nicht vorbei ist.

(Therap. Monatshefte, September 1906.)

— **Das Helmholtz'sche Verfahren gegen H., modificirt** angewandt hat Dr. Bösser (Chemnitz) mit Erfolg bei den Fällen, in welchen die örtlichen Symptome zuerst an der Bindehaut auftreten und diese erheblich katarrhalisch afficirt wird. Hier hatte eine *örtliche Chinintherapie von der Bindehaut aus* vorzügliche Erfolge. Autor bedient sich des *Corticin* (salzsaures Chinin-Coffein), des löslichsten und wirksamsten Chininpräparates, in 1%iger Lösung. „Sobald nun bei einem Heufieberdisponirten das erste Augensymptom, also das typische Jucken im inneren Augenwinkel auftritt, lasse ich in den betreffenden Bindehautsack einige Tropfen der genannten Lösung einträufeln. Hierauf muss sich der Pat. auf einige Minuten niederlegen. Es entsteht mässiges, oft auch heftiges Brennen im Auge und vermehrte Thränenabsonderung. Bei dem liegenden Pat. fliesst nun die corticinhaltige Thränenflüssigkeit in reichlichem Strom durch den Thränennasencanal in den unteren Nasengang, von dort aus nach hinten über das Gaumensegel in den Schlund, sodass oft eine bittere Geschmacksempfindung auftritt. Somit sind mit Ausnahme der Schleimhaut der Highmorshöhle alle diejenigen Schleimhäute mit corticinhaltiger Flüssigkeit bespült worden, von denen die bekannten Reflexsymptome des Heufiebers ausgehen können. Nach ein bis

zwei Minuten hört der brennende Schmerz im Auge auf; das Auge wird klar; das Jucken im inneren Augenwinkel ist verschwunden; Niesreiz und Niesparoxysmus unterbleibt; die schon von Binz hervorgehobene schleimfällende Wirkung des Chinins zeigt sich in reichlicher und leichter Schleimabsonderung aus Nase und Nasenrachenraum. Die Wirkung einer derartigen Einträufelung hält meistens vier bis sechs Stunden, oft aber noch viel länger an; sie wirkt insbesondere wohlthätig Abends vor dem Schlafengehen, denn es wird dadurch verhindert, dass der Patient durch plötzlich auftretendes, heftiges Jucken im inneren Augenwinkel zu unaufhörlichem Reiben der Augen im Halbschlaf veranlasst wird; so wacht er frühmorgens nicht mit geschwollenen und gerötheten, sondern mit hellen, klaren Augen auf.“ (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 43.)

Intoxicationen. Einen **Fall von Phosphorvergiftung mit tödlichem Ausgang** schildert Dr. Federschmidt (Dinkelsbühl). Ein Dienstknecht schabte die Köpfchen von sechs Paketen rother Schwefelhölzer in Wasser und trank die Mischung. Er führte also wohl 0,072 bis 0,073 Phosphor dem Magen zu (nach Naunyn genügt schon 0,06 g, um tödlich zu wirken). Erbrechen trat erst 15 Stunden später ein, auch wurde die Resorption des Phosphors dadurch erleichtert, dass Pat. eine Tasse Milch trank. Trotzdem machte sich bei dem Pat. am zweiten Tage solche Euphorie geltend, dass er während dieses ganzen Tages seine Arbeit verrichten konnte! Dieser Eintritt relativer Euphorie nach vorhergegangenen schweren Symptomen wurde schon manchmal beobachtet. Pat. kam erst am vierten Tage in's Krankenhaus mit Symptomen vorgeschrittener Intoxication. Tod am 11. Tage. (Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 42.)

— Ueber **Toleranz eines Kindes gegen Morphium** berichtet Dr. Porzelt (Busendorf). Einem acht Monate alten, an Brechdurchfall erkrankten Kinde wurde an einem Vormittage versehentlich statt Calomel ein Morphiumpulver gegeben mit 0,02 g (also das zwanzigfache der für Kinder geltenden Maximaldosis!). Das Kind wurde bal blau röchelte, lag wie todt da. Autor fand es tief comatös, Gesicht und Extremitäten cyanotisch, Puls kaum fühlbar, Temperatur 35,5 (Achselhöhle), Pupillen kaum stecknadelkopfgross. Es gelang nicht, den Magen auszuspülen; auch spontan kein Erbrechen. Ordination: Erwärmung, Frottiren, Thee und Kaffee, Essigklystiere, Atropin. sulfuric. 0,0001 g

dreimal täglich. Gegen Abend erholte sich Pat. langsam; reichlicher, grünlicher Stuhl. starkes Erbrechen. Am folgenden Tage war das Kind wieder völlig wohl.

(Ibidem.)

— **Zur Kasuistik der Blausäurevergiftung** beschreibt Dr. Tintemann (Medic. Klinik Göttingen) folgende Beobachtung. Ein 24jähriger Student der Chemie arbeitete mit Blausäure. Bei der Reinigung der Reagensgläser fiel ihm eines derselben in den Ausguss, und beim Bücken über diesem, um das Glas herauszunehmen, athmete er die aufsteigenden Blausäuredämpfe ein. Sofort sehr starkes Schwindelgefühl. Dasselbe liess nach 1/4 Stunde nach und Pat. begab sich in's Freie. Hier heftige Beklemmungserscheinungen auf der Brust, Herzangst, Herzklopfen. Pat. ging nach Haus und in's Bett. Obwohl in den nächsten 3 Tagen heftige Kopfschmerzen, zeitweise Anfälle von hochgradigem Beklemmungsgefühl in der Herzgegend, absolute Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit, grosse Unruhe bestanden und Pat., nachdem er Milch am 1. Tage (wo auch kratzendes Gefühl im Halse und wegen Schmerzen Unmöglichkeit, den Mund vollständig zu öffnen bestanden) erbrochen, ausser Wasser nichts mehr zu sich nahm, liess er sich keinen Arzt holen. Erst am 4. Tage kam er in die Klinik. Kräftiger, gut genährter Mann mit hochgradiger Cyanose der Lippen und Ohren. Klagen über Schwindelgefühl, heftige Kopfschmerzen, Beklemmungsgefühl auf der Brust. Puls beschleunigt (128), sehr klein, aber regelmässig. Conjunctiva beider Augen stark hyperämisch, Pupillen mittelweit, auf Lichteinfall träge reagirend. Herz zeigt eine Verbreiterung seiner Resistenz nach rechts. Herztöne sehr dumpf. Patellarreflexe fehlen. Grosse Unruhe. Temp. 38,3°. Urin: viel Eiweiss, im Sediment reichlich Cylinder, meist hyaline, mit degenerirenden Epithelien, zum Theil viel Fetttröpfchen enthaltend. Am nächsten Tage Status idem, noch immer etwas Fieber. Dann allmählicher Nachlass der Erscheinungen und nach 2 Tagen völlige Restitution. — Es hatte hier also das kurze Einathmen der Blausäuredämpfe genügt, um etwa 8 Tage lang Vergiftungserscheinungen zu unterhalten. Eigenartig und noch nicht beschrieben in dem Symptomenbilde dieser Vergiftung ist zunächst das Auftreten der Entzündungs- oder wohl besser Degenerationserscheinungen der Nieren, die zum Ausdruck kamen in massenhaften, mit degenerirten Nierenparenchymzellen besetzten Cylindern und starker

Eiweissausscheidung. Nur bei chronischer Blausäurevergiftung wurde bisher Auftreten von Eiweiss erwähnt. Es kommt offenbar auch zur Ausscheidung des Giftes durch die Nieren, und da bei Sectionen mehrfach Degenerationen der parenchymatösen Organe, speziell der Leber beobachtet sind, so ist anzunehmen, dass auch die Nieren, wenn sie das Gift ausscheiden, derselben anheimfallen. Dann ist noch die Temperaturerhöhung beachtenswerth. Dieselbe musste mit dem Process in causalem Zusammenhang stehen, denn sie lief parallel und schwand zugleich mit den Vergiftungserscheinungen. Ob sie eine Folge der schweren Circulationsstörungen im Gehirn oder directen Giftwirkung war, bleibt dahingestellt. In ganz acuten Fällen ist meist die Temperatur sogar herabgesetzt; ob sie es hier auch in den ersten Tagen war, konnte nicht festgestellt werden. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 42.)

— **Methaemoglobinvergiftung durch Sesamöl** ist nichts Seltenes nach Priv.-Doz. Dr. E. Rautenberg (Königsberg). Derselbe beobachtete schon im Jahre 1905 bei 6 Pat. im Anschlusse an Darmirrigationen mit Sesamöl (1/3—1/2 L.) eigenthümliche Vergiftungserscheinungen: Schwächegefühl. Erkaltung der peripheren Körpertheile, auffällige Cyanose des Gesichts und der Extremitäten, Dunkelfärbung des Blutes. Jüngst kam wieder ein derartiger Fall vor, der aber noch viel schwerere Erscheinungen bot: Bewusstlosigkeit, Reactionslosigkeit der Pupillen, stellenweise Athmungsstillstand, Lungenoedem. Pat. schien ante exitum zu stehen, und es bedurfte energischer Eingriffe, um diesen Ausgang abzuwenden. Die Untersuchung ergab, dass es sich um eine Methaemoglobinvergiftung handelte. Dass das Sesamöl an sich so wirkt, glaubt Autor nicht, sondern er vermuthet, dass im Handel oft Verfälschungen vorkommen, welche schuld sind. Er warnt daher vor Anwendung dieses Oeles und mahnt zur Vorsicht, wenn man es auch benutzt. (Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 43.)

Pruritus. **Ueber P. als Symptom der Basedow'schen Krankheit** berichtet Dr. A. Bartels (Riga). Er hat 2 Patientinnen mit Morbus Basedowii gehabt, die während ihrer Krankheit an sehr heftigem Hautjucken ohne sichtbare Veränderungen der Haut litten. In dem einen Falle wenigstens ging aus dem ganzen Verlaufe hervor, dass das Zusammentreffen von Pruritus und Morbus Basedowii kein zufälliges war, sondern dass der Pruritus von letzterer

Affection abhing. Bei der Pat., die vorher nie an Pruritus gelitten hatte, entwickelte sich dieser ungefähr gleichzeitig mit dem Symptomen der Basedow'schen Krankheit. Als dies Leiden für einige Jahre sich zurückgebildet hatte, war auch das Hautjucken weg, um, als ein Recidiv der Basedow'schen Krankheit eintrat, wiederum in die Erscheinung zu treten. Lag nun vielleicht ein anderer Causalnexus vor? Bei Morbus Basedowii kommt bisweilen Glykosurie vor; aber hier ergaben wiederholte Untersuchungen stets das Fehlen von Jucken. Auch nach Arsengebrauch stellt sich manchmal Pruritus ein; hier hatte aber Pat. nur ganz geringe Mengen Arsen genommen, auch war dem erneuten Auftreten des Pruritus kein neuer Arsengebrauch vorausgegangen. Auch in 2 Fällen waren Basedow'sche Krankheit und Pruritus gleichzeitig vorhanden, doch war der Zusammenhang nicht so klar, wie beim 1. Falle. Der Pruritus ist wohl zu erklären durch den chemischen Reiz der im Blut im Uebermaass vorhandenen, möglicher Weise auch noch qualitativ veränderten Absonderungsproducte der Schilddrüse; er würde dann ein Analogon bilden zu dem bei Icterus und Diabetes vorkommenden. Jedenfalls wird man gut thun, bei Vorhandensein eines Pruritus auch an Morbus Basedowii zu denken und darnach zu fahnden.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1906 No. 33.)

— **Ein Fall von Pruritus vulvae, geheilt durch blaues Bogenlicht,** wird von Dr. E. Rothschuh (Aachen) berichtet. Es handelte sich um einen sehr hartnäckigen Fall, bei dem schon alle möglichen Mittel vergeblich angewandt worden waren. Pat. litt sehr unter der Affection, war colossal heruntergekommen, total schlaflos etc. Es wurde nun aus 2 m Entfernung der Scheinwerfer (15 Ampère Stromstärke) applicirt, sodass sich der Brennpunkt der Reflectorstrahlen etwa in $^1/_4$ m Entfernung von den auf dem Untersuchungsstuhl ausgebreiteten Schenkeln der Pat. befand, und dann die Blauscheibe vor den Scheinwerfer geschoben. Nach der 4. Application, wobei jedesmal 15 Minuten belichtet und die Temperatur unmittelbar an der Vulva nicht über 28° C. hinauf gelassen wurde, schlief Pat. zum 1. Mal einige Stunden, und nach 12 Belichtungen war vollständige Heilung eingetreten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 40.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. **Zur Therapie der Eihautretention** liefert Dr. Th. Schneider-Geiger (Birsfelden) einen werthvollen Beitrag. Er hat die im Frauenspital Basel-Stadt (Prof. v. Herff) in den Jahren 1901—1905 vorgekommenen Geburten mit Bezug auf die Eihautretention durchforscht, eine Reihe von 5410 Geburten, sämmtliche unter der gleichen Leitung, von immer gleichbleibenden Gesichtspunkten aus beobachtet und nach derselben Methode behandelt, bei der die Eihäute theils in toto oder in Stücken, theils moleculär abgehen: Vaginale Irrigationen mit Lysol, Bacillol und Sublimat 1:5000 (nur bei genähten Dammrissen weggelassen) und Darreichungen von Ergotin:

Rp. Extr. fluid. secal. corn.
Aq. Cinnam. āā 30,0
S. 3mal tägl. 20 Tropfen.

Die Resultate waren sehr zufriedenstellend und Autor zieht folgende Schlüsse daraus:

1. Die Folgen der Eihautretention sind für die Wöchnerin als relativ geringfügig zu bezeichnen.
2. Die sofortige Entfernung der retinirten Eihäute gleich nach der Geburt (prophylactisch) mit dem Finger oder mittelst Instrumenten ist gänzlich zu unterlassen.
3. Prophylactisch ist eine energische Secale-Medication sowie Scheidenspülungen am Platze.
4. Zersetzte Lochien, Resorptionsfieber, sowie die eventuell leichten Störungen des Allgemeinbefindens werden durch warme 1—2 %ige Lysolspülungen der Vagina rasch beseitigt.
5. Besondere Complicationen sind nach den allgemein geltenden Grundsätzen zu behandeln.
6. Das expectative Verfahren ist besonders dem praktischen Arzte dringend anzuraten.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1906 Nr. 17.)

— **Bildung einer pflaumengrossen angiomatösen Hyperplasie in einer Ozaenanase während der Gravidität** beobachtete Priv.-Doz. Dr. Streit und liess sich darüber wie folgt aus: „Es handelte sich um eine 23jähr. Besitzersfrau, die mir von ihrem Hausarzte wegen ständig wiederkehrender, unstillbarer Nasenblutungen überwiesen war. Die Pat. war von schwächlichem Körperbau und in vollkommen anämischem Zustande; im übrigen boten die inneren Organe keine Besonderheiten. Sie machte folgende Angaben: Seit

Beginn ihrer letzten Gravidität, Februar vergangenen Jahres, habe die rechte Nasenseite stark zu secerniren begonnen und im Verlaufe der Schwangerschaft sei es allmählich zum fast völligen Verschluss derselben gekommen. Im Juli seien rechtsseitige Nasenblutungen eingetreten, die sich von jetzt an täglich wiederholten, sodass Patientin bereits vor der im November erfolgten Geburt eines Knaben sehr blass gewesen sei. Vom Tage vor dem mit mässigem Blutverlust erfolgenden Partus an hörten die täglichen Nasenblutungen vollkommen auf und sistirten bis Ende Januar 1906, um in dieser Zeit von Neuem zu beginnen; und zwar traten sie jetzt nicht täglich wie vor der Geburt auf, sondern überhaupt nur einige Male, jedoch ausserordentlich heftig, sodass die Frau vollkommen entkräftet und blutleer wurde. Die Inspection der Nase ergab folgenden Befund: Links bestand eine typische Ozaena mit weit vorgeschrittener Atrophie. Rechts verdeckte ein dunkelblauroter Tumor vollkommen das Bild. Derselbe blutete bei leichter Sondenberührung ganz ausserordentlich heftig, sodass die spätere Entfernung desselben bei dem Zustande der Frau bedeutende Schwierigkeiten machte. Wie sich nach Exstirpation des Tumors herausstellte, war derselbe etwa pflaumengross und nahm seinen Ursprung an der unteren Muschel. Die rechte Nasenseite selbst bot jetzt ebenso wie die linke das Bild der ozaenomatösen Atrophie. Im mikroskopischen Bilde präsentirte sich der Tumor als ein weiches Fibrom mit ausserordentlich reichlichen Gefässbildungen und Gefässneubildungen. Die Gefässendothelien waren gross, gequollen. An einigen Stellen war es zu recht bedeutenden Blutungen gekommen, die zum Theil in Zersetzung übergegangen waren und scheusslich stanken. Es entsteht nun die Frage, wodurch dieser eigentümliche Krankheitszustand, Bildung eines angiomatösen Polypen an der atrophischen unteren Muschel in einer Ozaenanase, entstanden ist. Stand die Gravidität zur Bildung der gefässreichen Geschwulst in irgend einem Zusammenhange?

Wie aus den Untersuchungen von Freund und Manasse hervorgeht, finden sich bei etwa zwei Dritteln aller Schwangeren auf starker Gefässfüllung beruhende Schleimhauthyperplasien im Bereiche der unteren Muschel und des Septums. Infolgedessen war es in 28 von den 105 Fällen der Freund'schen Zusammenstellung während der Gravidität zu recidivirendem Nasenbluten gekommen. Diese relativ häufigen chronischen Hyperaemien und Hyper-

plasien an einem derartig reich von Blutgefässen versorgten Organ, wie es die vorderen Partien der Nase sind, ist ja auch bei dem auf das Gefässsystem naturgemäss stark einwirkenden Process der Schwangerschaft kein Wunder. Werden doch auch andere Organe in ähnlicher Weise beeinflusst. Ich verweise nur auf die Schilddrüse. Und wie bei der Schilddrüse die genugsam bekannten Graviditätsanschwellungen bisweilen zur Bildung einer bleibenden Struma Veranlassung geben können, so ist in unserem recht seltenen Falle die besonders stark einsetzende Schwangerschaftshyperplasie und -Hyperaemie in den vorderen Partien der Nase die Ursache für die bleibende, recht beträchtliche angiomatöse Hyperplasie in einer Ozaenanase mit ihren klinisch so bedeutsamen Folgeerscheinungen geworden."

(**Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg, 7. Mai 1906. — Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1906 Heft 7.**)

— Einen Fall von **Eclampsie ohne Krämpfe** veröffentlicht Dr. G. Binder (Jena). Nach Prodromen, bestehend in verstärktem Kopfschmerz, mehrfach auftretendem plötzlichen Verdunkeln der Augen, trat nach einer normalen Entbindung aus bestem Wohlsein plötzlich ein Zustand von mehrstündiger, tiefer Bewusstlosigkeit ein, begleitet von grosser Muskelunruhe, die sich äusserte in fast fortwährendem Hin- und Herwerfen, dabei Jammer, Stöhnen, selbst Singen. Nach mehrstündigem Bestand löste sich der Zustand allmählich und schwand vollkommen nach Eintritt von Schlaf und Schweiss. Ein reichlicher Eiweissgehalt des Urins schwand in so rascher Zeit, wie es sonst nur nach Eclampsie beobachtet wird, und mit dem Eiweissgehalt ging fast ebenso rasch die Herzhypertrophie zurück und trat volle Genesung ein. Also das typische Bild der Eclampsie, nur dass hier anstatt der Krämpfe nur ein Zustand grosser Muskelunruhe beobachtet wurde.

(**Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 37.**)

— **Die künstliche Frühgeburt in der Praxis** lautete das Thema eines Vortrages von Priv.-Doz. Dr. O. Polano (Würzburg). Autor sucht die Frage: „Wie soll sich der prakt. Arzt rein technisch verhalten, wenn er glaubt, die künstliche Frühgeburt einleiten zu müssen?" auf Grund der Erfahrungen, die er in den letzten Jahren an der Würzburger Frauenklinik gemacht hat, zu beantworten. Die Bougiermethode, technisch freilich leicht ausführbar, ist leider

unsicher und birgt die Gefahr der Infection und Blutung durch placentare Verletzung in sich. Der Blasenstich, wohl die einfachste und schonendste aller Maassnahmen, hat den Missstand der relativ langen Zeit zwischen Eihautstich und Geburt (77—78 Stunden), der gerade vom Praktiker schwer empfunden wird. Bleibt also die *Metreuryse*, das Einlegen von Gummiblasen zwischen Ei und Gebärmutter. Diese Methode ist als eine sehr gute allgemein anerkannt, doch schwanken die Ansichten über die Technik; die einen wünschen ein abwartendes, die andern ein actives Vorgehen, d. h. die principielle Wendung und Extraction nach Ausstossen des Ballons, der den Muttermund hinreichend erweitert hat. Autor hat beide Methoden versucht und stellt auf Grund seiner Erfahrungen für die Leitung der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken folgende Sätze auf:

1. Um in verhältnismässig kurzer Zeit beim graviden Uterus ante terminum eine gute und anhaltende Wehenthätigkeit hervorzurufen, bedarf es gröberer, am besten wechselnder Reize (vgl. spätere technische Ausführungen) auf das Uterusinnere.

2. Derartig durch grobe Reize gleichsam abgestumpfte Uteri reagieren hinterher auf feinere Reize, wie Blasensprengung, heisse Vaginaldouchen etc. häufig nicht mehr, sodass nach Ausstossen des Ballons eine absolute Wehenschwäche oft tagelang bestehen kann.

3. Der bereits völlig erweiterte Muttermund kann nach Ausstossen des Ballons sich später wieder völlig zusammenziehen und somit noch nachträglich der Fruchtentwickelung die grössten Schwierigkeiten bereiten.

4. Durch die nach Ausstossen des Ballons erfolgende Druckschwankung wird das kindliche Leben des öfteren gefährdet, eine Thatsache, die sich klinisch in den Schwankungen der Herztöne bis zum intrauterinen Absterben äussert.

Um allen diesen Eventualitäten zu entgehen, empfiehlt es sich, principiell nach Ausstossen des Ballons, der den Muttermund genügend erweitert hat, die Geburt sofort zu beendigen. — Was nun die Technik des Eingriffes selbst betrifft, so hat sich folgende am besten bewährt: Vorbereitung der Frau durch möglichst heisse Scheidendouchen (Lysol) und Vollbäder am Vorabend und Morgen des Operationstages. Hierdurch fast regelmässig Anregung einer leichten Wehenthätigkeit, die das Einführen eines grösseren, 600 ccm Flüssigkeit fassenden Metreurynters

durch die Cervix bei angehakter Portio mit Speculum gestattet. Bei ausnahmsweise zu enger Cervix äusserst leichte Dilatation des Cervicalcanals mit Metalldilatationen bis Fingerdicke. Der ausgekochte oder mit Seife, Alkohol und Sublimat gründlich abgebürstete oder in einer Sublimatglycerinlösung (Sublimat 1‰ 1 Theil, Glycerin 2 Theile) aufbewahrte Metreurynter, dessen Circumferenz im gefüllten Zustande am besten 35 cm betragen muss (vorherige Controlle mit graduirter Spritze), wird cigarrenförmig zusammengedreht und falls möglich manuell, sonst mit einer gebogenen Kornzange vorsichtig über den inneren Muttermund geschoben und sofort ad maximum ausgefüllt. Es gelingt eigentlich regelmässig, durch Veränderung des nunmehr auf das Uterusinnere wirkenden Reizes die Wehenthätigkeit in den Gang zu bringen und aufrecht zu erhalten. Diese Reizvariationen können durch wechselnden Zug an dem Ballonschlauch und später durch Ablassen von 100 ccm Flüssigkeit bewirkt werden. Bei stark geneigtem Becken empfiehlt sich eine starke Erhöhung desselben, um die Zugwirkung nach unten zu ermöglichen. Ist der Muttermund hinreichend erweitert, und dies kann geschehen, ohne dass der Ballon geboren zu werden braucht (deshalb häufigeres Untersuchen), wird der Metreurynter entfernt und sofort in Narcose nach Blasensprengung die Frucht, falls nöthig, gewendet und extrahirt. Eine Art Ausnahmestellung gegenüber den Frauen mit engem Becken nehmen die Kreissenden ein, bei denen in Folge einer organischen Erkrankung die Frühgeburt eingeleitet wurde. Es scheint das Aufhören der Wehen nach Ausstossen des Ballons bei normalem Becken auszubleiben, sodass wir bei diesen Frauen ein abwartendes Verfahren einschlagen dürfen. Die Ursache zu diesem verschiedenen Verhalten des kreissenden Uterus nach Ausstossen des Metreurynters scheint in dem Hochstand des kindlichen Schädels beim engen Becken begründet zu sein; hierdurch fällt der Druck auf die nervösen Elemente, welche die Wehen zum Theil auslösen, weg. Wie soll sich nun also der Praktiker technisch zur Frage der künstlichen Frühgeburt stellen? Das geschilderte Verfahren stellt an die Zeit und Geschicklichkeit des Arztes grössere Anforderungen. Wenigstens beim engen Becken, das doch in der Mehrzahl der Fälle die Indication zu diesem Vorgehen bildet, kann die Extraction selbst dem Geübten beträchtliche Schwierigkeiten machen. Auch bei den anderen Methoden können recht schwierige Situationen

vorkommen. Daraus ergibt sich: Die künstliche Frühgeburt ist durchaus keine einfache Operation, sondern stellt an die Zeit und das technische Können des Arztes öfters grössere Anforderungen. In der Hand des erfahrenen Geburtshelfers vermag sie häufig für Mutter und Kind gute Resultate zu zeitigen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 38.)

— **Zur Pflege der Bauchdecken nach der Entbindung** hält San.-R. Dr. P. Bröse (Berlin) es für durchaus nothwendig, jede Wöchnerin sofort nach der Entbindung zweckmässig zu bandagiren. Auch wenn keine erhebliche Erschlaffung der Bauchdecken vorhanden ist, ist das Wickeln auszuführen. Denn die Rückbildung der Bauchdecken wird sicher dadurch gefördert, der Tonus des im Wochenbett so sehr erschlafften Darmes gehoben, und ausserdem wird die Bandagirung des Leibes von den Wöchnerinnen sehr angenehm empfunden. Ganz besonders sorgfältiger Behandlung aber bedürfen die erheblicheren Erschlaffungen der Bauchdecken, die eine grosse Rolle spielen. Solch ein Bauchbruch z. B. in Folge von dauernd bestehend bleibender Diastase der Recti kann ausserordentlich schwere Symptome machen und operative Eingriffe erheischen. Was nun die Technik der Bandagirung anbetrifft, so hat Autor als geeignetsten Stoff für diese Bandage den für die „Idealbinde“ benutzten erkannt. Er ist sehr elastisch, porös, luftig, waschbar etc. Mit diesen Binden kann man eine sehr starke Compression ausüben, sie schmiegen sich innig der Körperform an, rutschen nicht und können 24—48 Stunden liegen bleiben. Die „Idealbinde“ selbst aber ist zu schmal dazu. Die Binde muss so breit sein, dass eine Tour gleich den ganzen Bauch umfasst, bei grösseren Frauen 30 cm, bei kleineren 25 cm. Die „Idealbinde“ wird jetzt in diesen Breiten hergestellt (Siebicke, Berlin, Oranienburgerstr. 27) und haben sich ausserordentlich bewährt. Sie müssen aber bei jeder Wöchnerin sofort nach Beendigung der Nachgeburtsperiode angelegt werden, warten darf man nicht damit. Besondere Sorgfalt erfordert eine starke Diastase der Recti oder ein gar schon vorhandener Bauchbruch. Dann muss man die beiden Recti innig aneinander zu bringen suchen. Zu diesem Zwecke drückt Autor grosse Wattebäusche beiderseits neben die äusseren Ränder der Recti in den Bauch hinein und fixirt sie mit der Binde, sodass die Recti dicht aneinandergedrückt werden. Auf diese Weise hat Autor

grosse, frische, durch die Schwangerschaft erzeugte Bauchbrüche im Wochenbett sofort zur Ausheilung bringen können. Natürlich muss man ausserdem Frauen, die einen derartigen Bauchbruch nach der Entbindung zeigen, mindestens 3—6 Wochen liegen lassen. Ueberhaupt müssen alle Wöchnerinnen mit erheblicher Erschlaffung der Bauchdecken viel länger liegen bleiben, als das jetzt üblich ist. (Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 41.)

Syphilis. **Ueber schmerzlose Injection löslicher Quecksilbersalze** hat Dr. Th. Mayer in der Lassar'schen Klinik in Berlin Versuche angestellt, welche ergaben, dass am besten eine *Combination von Hydrarg. cyanat. und Acoin* wirkt. Autor sagt darüber:

„Die Formel, die nach einigen Versuchen sich uns als die beste bewährt hat, lautet folgendermaassen:

I. Hydrarg. cyanati 1,0
solve leni calore in
Aq. rec. dest. cont. Ac. boric. 1 % 30,0, refrigera.

II. Acoini „von Heyden" 0,4
solve in aqu. dest. frigida cont. Ac. boric. 1% 70,0.

M. D. i. v. fusco

S. 2, bzw. 1 ccm zu injiciren.

Die bisher mit der genannten Composition an 95 Pat. in rund 900 Injectionen vorgenommenen Versuche ergaben, dass wirklich unangenehme, tagelang andauernde Empfindungen (die aber die Patienten in keinem Fall zur Aufgabe der Cur veranlassten) bei 15 Injectionen (1,6 % der Gesammtzahl) zu verzeichnen waren. Mehrere Stunden bis einen Tag lang andauernde, beschwerliche Sensationen wurden bei 43 Injectionen (4,7 % der Gesammtzahl) constatirt. Alle übrigen Injectionen wurden bei jedesmaligem Inquiriren als empfindungslos angegeben. Der therapeutische Effect war, wie bei dem dem Sublimat fast gleichen Hg-Gehalt zu erwarten, ein stets befriedigender und von dem äquivalenter Sublimatininjectionen nicht verschieden. Irgend welche üble Nebenwirkungen wurden in keinem Falle vermerkt. Es kann somit zwar von einer absoluten und stets gleichbleibenden Empfindungslosigkeit der Injection nicht gesprochen werden. Eine solche wird sich wohl auch mit keinem Localanästheticum erreichen lassen; sie hängt selbst bei minutiöser Beherrschung der Einspritzungstechnik doch zuweilen von äusseren Umständen — Nähe eines Hautnervenästchens, Deponirung nahe einem

Blutgefäss, Berührung eines von früheren Injectionen herrührenden Infiltrates — ab. Trotzdem aber glaube ich, das bequem zu handhabende und doch in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Anwendungen seinen Zweck: Empfindlichkeitsherabsetzung bei ausreichender therapeutischer Wirkung, erfüllende Mittel zur Nachprüfung empfehlen zu können." (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 41.)

— **Schmiercur und Schmiersalbe.** Unter diesem Titel veröffentlicht Prof. Kromayer (Berlin) die Resultate von Untersuchungen, die er angestellt hat, um festzustellen, welche Salbengrundlage zur Inunctionscur sich am besten eignet. Er experimentirte mit Mitin, Vasenol, Resorbin, Fetron und der officinellen Salbe. Welche Salbe die beste ist, hängt davon ab, in welcher die zur Resorption nothwendige Verkleinerung der Quecksilberkügelchen am vollkommensten eintritt. Diese Verkleinerung findet erst durch die Einreibung selbst statt, und es ergab sich, dass diese Verkleinerung bei der officinellen Salbe am besten war, danach bei der Fetronsalbe. Letztere zeigte auch noch eine gute Verreibung, *die feinste Quecksilbervertheilung aber trat bei der officinellen Salbe ein.* Aber nur auf einer gut entfetteten und aufgelockerten Hornschicht kann eine solche Verkleinerung in genügender Weise stattfinden; deshalb ist ein Seifenbad unmittelbar vor der Inunction erforderlich, und eine Schmiercur ohne regelmässige Bäder verliert sehr an Werth. Je schwärzer die Haut nach der Inunction ist, um so besser ist die Quecksilberverreibung, um so grösser die Wirkung. Wenn man also von einer Hg-Salbe sagt, dass sie sich leicht verreiben lässt und die eingeriebene Hautpartie fast farblos bleibt, so ist das durchaus keine Empfehlung für die Salbe. Wird die Inunctionscur nach diesen Grundsätzen geleitet, dann ist sie die wirksamste Quecksilbercur. (Dermatolog. Centralblatt October 1906.)

— **Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut in ihren Beziehungen zur S.,** über dies Thema sprach Dr. G. Trautmann (München). Es giebt eine Anzahl von Krankheiten, deren Domäne für gewöhnlich die äussere Decke ist, welche aber gleichzeitig, secundär, primär und sogar solitär die Mundhöhle und die oberen Luftwege befallen. Zu diesem gehören neben Erythema exsud. multiforme und nodosum Lichen ruber, Pemphigus, Ekzem, Impetigoformen, Psoriasis, Lupus erythematodes und vulgaris, Tuberculose. Die Erytheme lassen sich in

idiopathische, toxische, medicamentöse, symptomatische eintheilen. Letztere zeigen sich als äusserer Ausdruck vieler Infectionskrankheiten (z. B. Diphtherie, Influenza, Typhus etc.), sowie von S. und Tuberculose. Bei der S. kommen 2 Momente in Betracht, welche für Diagnose, Prognose und Therapie von grösster Bedeutung sind: nämlich erstens die grosse Verwechslungsmöglichkeit der Schleimhauteffiorescenzen der Erytheme mit denjenigen der S. Früher syphilitische Pat. werden oft genug wegen Schleimhauterscheinungen in Nase, Rachen und Kehlkopf fort und fort zu ihrem grossen Schaden specifisch behandelt. Auf der Schleimhaut werden ja die Krankheitsproducte rasch macerirt und destruirt, sodass Bilder entstehen, welche S. vortäuschen. Eine luetische Anamnese leistet dieser Diagnose erst recht Vorschub, noch mehr aber wird diese gestützt, wenn auf der äusseren Haut sich ein Exanthem präsentirt, das seinem Aussehen nach als specifisches gelten kann. Dies ist dann der Fall, wenn das Erythema exsud. multiforme in seiner papulösen Form auftritt und das Erythema nodosum gerade an für S. prädilectirten Regionen, z. B. an der Tibia, localisirt ist und dann für einen gummösen Process gehalten wird. Dass Erythemknoten zerfallen, steht fest. Die Differentialdiagnose wird äusserst schwierig. Aber zweitens auch das Erythema exsud. multiforme, als solches erkannt, wird von manchen Autoren, die dasselbe an ein und demselben Individuum gleichzeitig neben sicheren syphilitischen Erscheinungen beobachten konnten, als specifisches Symptom angesprochen. Trautmann's Erfahrungen lehrten ihn, *dass mit der mehr oder minder lange vorangegangenen Syphilisinfection nur ein indirecter Zusammenhang im Sinne einer Disposition vorhanden ist, dass allgemein und local ein locus minoris resistentiae geschaffen ist, der verschieden lange Zeit bestehen kann.* Manche Krankheiten haben ihre Trabanten, wie z. B. der Diabetes die Tuberculose. Analog verhält sich wohl zu den Beziehungen zwischen S. und den beiden Erythemarten der *Herpès récidivant* von Fournier, dessen confluirte, erosive, mit Belag versehene Formen auf der Schleimhaut wiederum äusserst luesähnlich sind. Nach Fournier steht dieser Herpes in 96% der Fälle mit der S. in Connex. Fast stets beginnt er im 1. bis 4. Jahre nach der Infection und erstreckt sich bis über Jahrzehnte in periodischen Exacerbationen. Kein Arzt wird in diesem Herpes mit specifischen Mitteln die noch vorhandene S. bekämpfen wollen, und wo es in Folge Verwechslung geschehen ist,

kam der Pat. durch die fortgesetzte, bei den häufigen Recidiven immer energischer geleiteten Curen immer mehr herunter. Manch einer, an luesgeschwürähnlichen Schleimhauterkrankungen leidende Pat. hat auch nur eine lokalisirte *Schleimhauthydrargyrose.* Der Sitz dieser Erkrankung befindet sich in der Region zwischen Zungengrund und Larynx, die Veränderungen erinnern durchaus an die acuten und chronischen Reizsymptome der S. Hier ist es oft schwer zu sagen, ob die Erscheinungen nicht einem medicamentösen Erythema exsud. multiforme papulosum, das die Schleimhaut modificirt hat, zugehören. Neben der durch die S. geschaffenen Disposition für die Entstehung der Erythemformen müssen wir also auch eine medicamentöse Ursache berücksichtigen. Auch vom Jod ist nachgewiesen, dass es eine von den Vasa vasorum ausgehende Wandentzündung in subcutanen Venen hervorzubringen vermag, also pathologische Veränderungen, wie sie dem Erythema nodosum entsprechen. Trautmann's Fälle, die vielfach mit Erscheinungen der Haut, *aber ohne solche der S.*, combinirt waren, zeigten in der Mehrzahl der Fälle beide Arten der Erytheme. Was den weiteren, hier interessirenden Befund anbetrifft, so wurden notirt: Bei Fall 1: „Am Zahnfleisch und an der Wangenschleimhaut plaquemuquense-ähnliche, in's Weissliche spielende Verfärbung.“ Bei Fall 2: „An der linken Tonsille fünfpfennigstückgrosse, schmierig belegte Erosion, in der Mittellinie der hinteren Pharynxwand, von der Uvula verdeckt, eine ganz gleiche.“ Bei Fall 3: „Am harten Gaumen zweimarkstückgrosser, ca. 1 cm dicker, röthlicher Tumor, nicht gut abgegrenzt, von teigiger Constistenz; Uvula und Rachen bläulich verfärbt. Auf der linken Tonsille erbsengrosse, schmierig belegte Erosion.“ Bei Fall 4: „Thalergrosse, rothviolette, teigige Geschwulst am harten Gaumen mit einigen Erosionen und röthlicher Secretion.“ Bei Fall 5 (Ende Januar): „Rechte Tonsille: kleinerbsengrosses, rundes, speckig belegtes Geschwür. 2 gleiche an der hinteren Pharynxwand, 1 an der Zungenmandel. Am linken Aryknorpel ovaler, ca 1/4 cm langer Substanzverlust, speckig belegt. Rechtes und linkes Stimmband aufgelockert und geröthet. Cervicaldrüsen geschwellt. Diagnose: Hydrargyrose (Pat. hatte vorher eine sehr intensive Schmiercur durchgemacht). Spontane Heilung. Ende Februar: Auf Stirn und Kopfhaut zahlreiche, über linsengrosse Papeln, einem grosspapulösen Syphilid gleichend. Ebenso am linken Vorderarm. Am rechten Unterschenkel ein flächenhaftes,

rosarothes Erythem, in der Mitte über der Tibia eine thalergrosse, ca. 1 cm dicke, schlecht abgegrenzte, teigige, bläulichrothe, auf Druck persistente Hervortreibung. Am Knochen nächtliche ziehende Schmerzen. Leistendrüsen beiderseits indolent geschwollen. In der Mittellinie an der Stelle der früheren Ulceration fünfpfennigstückgrosse, mit Schleim belegte Erosion mit polycyclischer Contour, die auf eine frühere Blase deutet. An der rechten Tonsille gleicher, tieferer Substanzverlust mit weisslichem Belag. Diagnose: Eryth. exsud. multif. et nodos." Bei Fall 6: „Auf der Zunge vereinzelt kleine, schmierige Knötchen. An der Hinterwand des Pharynx fünfpfennigstückgrosse, speckig belegte Erosion. Im Larynx: Vom linken Aryknorpel ausgehend haselnussgrosser, glatter, dunkelrother, das Stimmband fast zur Mitte Tumor." Einige Zeit später zeigte „der Larynxtumor einen grossen Substanzverlust, in den geronnenes Blut und Schleim eingelagert war. Beide Stimmbänder verfärbt. Auf beiden Handrücken und Unterschenkeln waren jetzt vereinzelte bläulich-rothe Stellen zu constatiren." Bei Fall 7: „Auf der Uvula, Tonsillen, am Pharynx und den Schleimhautfalten des Larynx bis linsengrosse, graubelegte Erosionen, von polymikrocyclischer Contour und zum Theil an den Rändern mit weisslichen Epithelfetzen. Beim ersten Anblicke Aehnlichkeit mit erodirten syphilitischen Papeln." In diesen 7 Fällen stellte Autor die Diagnose Erythema exsud. multiforme oder nodosum und leitete eine Salicyltherapie ein, worauf nach kurzer Zeit Heilung eintrat. In allen handelte es sich um Pat. mit syphilitischer Anamnese. In einigen Fällen bestanden sogar richtige Dolores osteocopi nocturni; solche kommen eben auch bei vielen einfachen Exsudationsprocessen vor. Bei der Folgenschwere, welche die Diagnose „Lues" in jeder Hinsicht hat, ist natürlich die Differentialdiagnose sehr genau zu erwägen, die bei der Aehnlichkeit der Krankheitsbilder allerdings oft recht schwer ist. Und stellt man die Erytheme als solche fest, so darf man sie nicht als directes Erzeugnis der früheren S. betrachten und behandeln. Die S. schafft eben nur je nach den von ihr befallenen Regionen des Körpers eine allgemeine und locale Disposition zur Acquirirung andersartiger Krankheiten. Und jene Erytheme bei S. sind eine andersartige, neu erworbene Erkrankung auf durch S. zur Aufnahme von anderen Krankheitserregern günstig gemachtem Nährboden. Sie steht mit der S. nur indirect in genetischem Zusammen-

hang, ist kein Product derselben und darf auch nicht spezifisch behandelt werden.

(Aerztl. Verein in München 18. Juni 1906. — Münch. med. Wochenschr. 1906 No. 43.)

Tuberculose. **Knochentuberculose oder nicht?** Um diese Differentialdiagnose handelte es sich bei einem Falle, über den Dr. Scheuer Folgendes sagt:

„Ein 30jähriger Arbeiter wird am 7. März 1905 im Krankenhause aufgenommen wegen einer starken Schwellung des linken Ellbogengelenks, das an der Aussenseite eine Fistel mit viel dünnflüssiger Eitersecretion hatte; Pat. machte einen schwerkranken Eindruck und hatte hohes Fieber. Er gab an, am 20. Febr. 05 sich mit dem linken Ellenbogen an einem Kalkkasten gestossen zu haben, so dass Blut durch die Jacke drang; trotzdem arbeitete Patient noch 2 ½ Tage bei leichter Beschäftigung. Vor 3 Wochen hatte er sich eine Brandwunde am Ellbogen zugezogen, die nunmehr unter heftiger Entzündung wieder aufgebrochen war.

Es handelte sich zweifellos um eine Eiterung des Ellenbogengelenks. Die Therapie bestand zunächst nur in Fixation des Arms auf einer Schiene und guter Drainirung. Die acut septischen Erscheinungen bildeten sich bald zurück, dagegen blieb die Gelenkfistel mit starker Secretion bestehen, obwohl seither auch Contraincisionen gemacht worden waren. Ende Juni 1905 zeigte eine Röntgenaufnahme, dass ein Splitterbruch des Ellbogengelenks vorlag mit Absprengung des Condylus externus humeri, der aber knöchern verwachsen schien, ausserdem eine Absprengung des Processus coronarius. Eine Operation entfernte die hinderlichen Knochenstücke und bewirkte Heilung des Pat. mit einer Beweglichkeit des Ellbogengelenks bis zu einer Beugefähigkeit im rechten Winkel; bis zum Herbst war, abgesehen von einer Verdickung des Gelenks um 4 cm gegen das andere Gelenk, fast völlige Heilung und gute Beweglichkeit eingetreten; nur war eine Abnahme der rohen Kraft zu constatiren. Im Februar 1906 war eine kleine Nachoperation zur Entfernung einer kleinen Knochennecrose (abgemeisseltes Knochenstückchen?) nöthig; die Function des Gelenks blieb aber die gleiche.

Während ich mich nun in 2 ausführlichen Gutachten dahin aussprach, dass die Erkrankung des Gelenks ihre Ursache in dem Trauma und secundärer Infection habe, stellten sich die Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaft

sowie mehrere namhafte Chirurgen auf den Standpunkt, dass sicher schon vor dem Unfall eine Gelenktuberculose vorlag, die erst durch das Trauma dem Patienten evident wurde.

Der Arzt des Schiedsgerichts stellte sich auf meine Seite, ich konnte anderseits bei der Nachoperation auch neuerdings das Fehlen tuberculöser Erkrankung auch mikroskopisch nachweisen, ein sehr bekannter Chirurg beharrte aber als Gutachter auf der Annahme einer tuberculösen Aetiologie. Da wurde nunmehr schliesslich noch ein Obergutachten von einem anderen Chirurgen eingeholt, und diesem gelang es, bei dem Pat. eine Syringomyelie nachzuweisen, die allerdings jetzt bei ihrem raschen Fortschreiten unschwer zu erkennen war, während sie in ihren ersten Anfängen nicht nur von mir, sondern auch von den anderen sehr routinirten Gutachtern übersehen wurde. Bei Vorhandensein der neuropathischen Anlage erklärte sich unschwer die Thatsache, dass Pat. trotz der schweren Gelenkfractur noch 2½ Tage gearbeitet hatte, eine Hauptstütze in der Beweisführung der vielen Gutachter, die eine tuberculöse Aetiologie annahmen. Etwa 12 Aerzte, z. Th. mit allerbestem Klang, hatten also die neuropathische Disposition des Kranken übersehen, und sogar eine Tuberculose zu construiren gesucht, trotz meiner sehr ausführlichen Gutachten, die nach den erhobenen Befunden eine Tuberculose des Gelenks ausschliessen mussten."

(Die ärztliche Praxis 1906 No. 20.)

— Ueber einen Fall von **Erstickungstod durch eine sequestrirte Bronchialdrüse** berichtet Dr. O. Reunert (Hamburg). Die Beobachtung betrifft ein 2½jähriges, anscheinend in völliger Gesundheit plötzlich verstorbenes Kind. Dasselbe war bisher im Allgemeinen gesund gewesen. Als die Mutter es einen Tages, nachdem es den Tag über gespielt und mit Appetit gegessen hatte, zu Bett gebracht hatte und gerade das Zimmer verlassen wollte, richtete sich das Kind etwas auf, fiel dann zurück und war sofort todt. Bei der Section fand sich in der Trachea dicht unterhalb des Ringknorpels eine das Lumen derselben völlig ausfüllende, weiche, käsige Masse, im rechten Hauptbronchus nahe der Bifurcation eine Perforationsöffnung, durch die man in eine mit verkästen Bronchialdrüsen angefüllte Höhle gelangte. Linke Lunge gesund, die rechte mit besonderer Bevorzugung des Mittel- und Unterlappens tuberculös erkrankt. Diese Beschränkung der Erkrankung

auf die rechte Lunge, welche weit weniger vorgeschritten war, als die der Bronchialdrüsen, gestattet den Schluss, dass die Perforation des Bronchus bereits längere Zeit bestanden hat, und dass kleine Käsepartikelchen, welche hierdurch aspirirt sind, die secundäre Lungenaffection herbeiführten. Ein grösseres sequestrirtes Drüsenstück, das in die Luftröhre gelangte, hat von dem Kinde nicht mehr genügend nach oben befördert werden können und durch completten Verschluss der Luftröhre den Tod herbeigeführt. Derartige Fälle haben sowohl ein praktisches als auch ein gerichtsärztliches Interesse. Besteht der Verdacht, dass den Suffocationserscheinungen der geschilderte Vorgang zu Grunde liegt, so kann man versuchen, das Hinderniss durch Einführung eines elastischen Katheters zu beseitigen. Dann muss man bei plötzlichen Todesfällen auch stets an diesen Vorgang denken, und die Section wird bisweilen (wie bei einer Beobachtung von Völker, wo zunächst der Verdacht vorlag, dass ein plötzlich verstorbenes Kind gewaltsam getödtet worden sei) diese Vermuthung bestätigen. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 35.)

— **Diätetische Beobachtungen an Lungenkranken** veröffentlichen Dr. W. v. Stoutz und Dr. H. Ulrici (Görbersdorf, Weicker's Lungenheilanstalten). Odda hat sich bekanntlich als Kindernährmittel in Folge seiner Zusammensetzung aus den wichtigsten Gruppen der Nahrungsstoffe, der Qualität der Componenten und der Schmackhaftigkeit bestens bewährt. Die Autoren benützten nun zur Ernährung von erwachsenen Phthisikern *Odda M.-R.* (Magenkranke und Reconvalescenten), welches Präparat sich von dem Kindernährmittel durch den grösseren Gehalt an Eiweiss und Fetten unterscheidet. Es enthält: Eiweiss 16,56 %, Fett 8,03 %, Kohlehydrate 68,14 %, Mineralstoffe 2,87 % (darin Kalk 0,44 % und Phosphorsäure 0,82 %), Wasser 4,4 %. Es wurde den Pat. Oddasuppe (20 g Odda auf eine Tasse = 250 g Milch) gegeben, und da der Brennwerth von 1 g Odda = 4,3 Calorien, der von 1 g Milch = 0,67 Calorie ist, repräsentirt eine Tasse der Suppe etwa 250 Calorien. Die Suppe bewährte sich sehr gut bei den Phthisen, unter denen recht schwere Fälle waren; in einer Anzahl von Fällen trat die Gewichtszunahme sogar recht auffallend in Erscheinung. Auch bei fieberhaften Fällen und solchen mit schweren Blutungen schöne Erfolge! Odda wirkt etwas verstopfend, was bei subacuten und chronischen Darmkatarrhen recht vortheilhaft war. Will

man diese Wirkung nicht, so kann man sie durch Zugabe von Milchzucker oder Somatose aufheben. Oddasuppe wurde auch längere Zeit hindurch gern genommen. Der Preis ist mässig*). (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 37.)

— **Beobachtungen über die Ehrlich'sche Diazoreaction bei Lungentuberculose** publicirt Dr. M. Weisz (Heilanstalt Alland) und fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen:

1. Die Diazoreaction ist bei der Lungentuberculose ein ernstes Symptom, welches jedoch erst infauste Bedeutung erlangt, wenn es constant bleibt.
2. Die Diazoreaction kann auch im Gefolge von Tuberculinreactionen auftreten.
3. Der Harn giebt nur innerhalb bestimmter Concentrationsgrenzen die Reaction.
4. Die Diazoreaction ist nur im Harne nachweisbar.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 44.)

— **Ueber acute Darmtuberculose unter dem Bilde einer schweren allgemeinen Infectionskrankheit** konnte Prof. H. Pässler (Dresden) an zwei Fällen Studien machen, und er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die tuberculöse Infection des Darmcanals kann auch beim Erwachsenen unabhängig von schwerer Tuberculose der Lunge oder anderer Organe zu einem selbstständigen, schwer fieberhaften Krankheitsbilde führen, das in wenigen Wochen zum Tode verläuft.
2. Vielleicht spielt eine Mischinfection mit Eitererregern für den schweren Verlauf der tuberculösen Darmaffection dieselbe verhängnisvolle Rolle wie bei der Lungentuberculose.
3. In den beiden hier beschriebenen Fällen gelangten spärliche Eitererreger (Staphylokokken) in's kreisende Blut. Dasselbe geschieht gelegentlich bei ulcerösen Lungenphthisen.
4. Zur Erschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten bei schweren fieberhaften Krankheiten, deren Diagnose vorerst nicht gestellt werden kann, empfiehlt es sich auch eine Untersuchung der Stühle auf Tuberkelbacillen vorzunehmen.

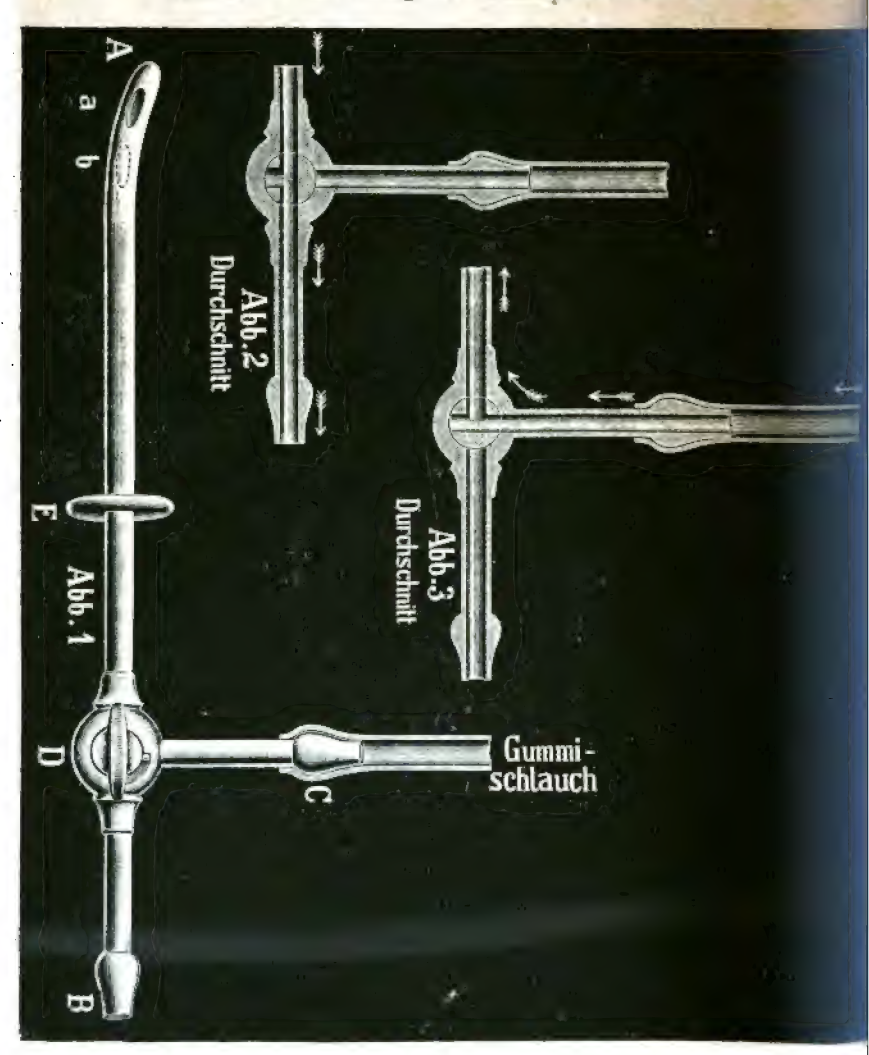
(Münchner med. Wochenschrift 1906 No. 43.)

---

*) 400 g Odda = Mk. 1,80.

Vermischtes.

— **Weiblicher Blasenspülkatheter** von Dr. W. Paul Richter, Stettin. Beschreibung: Die Schutzscheibe bei E verhindert



das zu tiefe Eindringen des Katheters in die Blase und die dadurch entstehenden Schleimhautverletzungen. Gleich-

zeitig wird das sonst leicht mögliche Herausgleiten des Katheters (durch festes Andrücken der Schutzscheibe gegen den Harnröhrenwulst) vermieden. Auf der Olive C sitzt der Gummischlauch des die Spülflüssigkeit (Arg. nitr., Acid. bor. etc.) enthaltenden Irrigators. Auf der Olive B kann ebenfalls ein Gummischlauch befestigt werden, der Urin, respective Spülflüssigkeit direct in einen neben dem Untersuchungsstuhl (oder Bett) stehenden Eimer leitet.

Anzeigen für die Verwendung: 1. Prophylactische Blasenspülungen nach Katheterismus bei Operirten, Wöchnerinnen etc. (zur Verhinderung der „Kathetercystitis"). — 2. Therapeutische Blasenspülungen bei weiblichen Kranken.

Anwendungsweise (soweit sie nicht schon aus der Beschreibung ersichtlich ist): Ein einfaches Drehen des doppeltgebohrten Hahnes bei D um 90° ermöglicht das Leeren und Füllen der Blase. Beschmutzen der Leib- oder Bettwäsche (Arg. nitr.!) lässt sich sicher vermeiden.

Zusätze (Reinigungsweise, Ersatztheile etc.): Die Sterilisation des vernickelten Instrumentes erfolgt durch Auskochen.

Es empfiehlt sich dringend, bei der Anschaffung des Instrumentes darauf zu achten, dass die Schutzscheibe E nicht weiter als höchstens 6 cm vom vesicalen Ende des Katheters entfernt ist, dass die beiden Fenster klein und stumpfrandig sind und die äussere Stärke des Katheters höchstens 5 mm beträgt. Andernfalls werden Zweck und Nutzen des Instrumentes hinfällig.

Firma: Evens & Pistor-Cassel.

(Medicin. Klinik 1906 No. 43.)

Somatose und Puro hat Dr. Al. Pollak (Prag-Weinberge) mit bestem Erfolge angewandt. Beides sind vorzügliche Nährmittel. Dass man mit Somatose einen erwachsenen Menschen eine Zeit lang zu ernähren im Stande ist, zeigt Autor an einem Beispiel. Er hat auch Somatose als recht wirksames Lactagogum schätzen gelernt; das Präparat ruft beträchtliche Vergrösserung der Milchmenge hervor, und mancher Mutter wird so die Möglichkeit zum Stillen gegeben. Welches von beiden Präparaten man geben soll, das hängt oft bloss von dem Geschmack des Pat. ab; manche nehmen Somatose lieber, manche Puro (andere das auch vorzügliche Sanatogen, manche sogar Tropon). Aber es giebt auch bestimmte Indicationen. Puro enthält neben Eiweiss reichliche Mengen von Kohlehydraten und Salzen; es erscheint geeignet für Pat., welche weder Eiweiss noch Kohlehydrate oder Fett

in genügender Menge zu sich nehmen, während die Somatose mehr für diejenigen Fälle zu empfehlen wäre, in denen es sich um ein Eiweissdeficit in der Nahrung handelt; der Salzgehalt des Puro ist ferner wichtig für acute schwere Schwächezustände. Sehr häufig giebt Autor mit bestem Erfolge Pat. abwechselnd Somatose und Puro, besonders bei oder nach schweren Infectionskrankheiten; speciell hat sich dies beim Typhus vortrefflich bewährt.

(Therap. Monatshefte, Juli 1906.)

— **Ueber den Werth der Somatose in der Therapie** fällt Prof. Cavazzani (Pisa) auf Grund seiner Erfahrungen ein sehr günstiges Urtheil. Wegen seiner ausgezeichneten Assimilirbarkeit und vortrefflichen Verträglichkeit verdient das Präparat in der Reconvalescenz und bei allen Zehrkrankheiten ausgiebig verwandt zu werden. Autor hat bei einigen Krankheitsformen während der Somatosecur auch noch andere bemerkenswerthe Beobachtungen gemacht. So bei drei *Nephritikern*, wo während der Darreichung der Somatose *deutliche Verminderung des Eiweissgehaltes im Urin* eintrat. Bei den anderen Nephritikern bewirkte Somatose nur Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes und der Blutbildung, begleitet von langsam fortschreitender Besserung der Nierenfunction. Auch auf dem Gebiete der *Neurosen* hatte Autor recht befriedigende Resultate, indem er Somatose auch als Fleischersatz benützte. Sofern es hier nicht angängig ist, den Stickstoffgehalt der Nahrung zu erheblich und für längere Zeit zu reduciren, oder falls gewisse Vorurtheile der Familienangehörigen eine Unterdrückung der Fleischnahrung erschweren. kann man sein Ziel immer erreichen, wenn man an Stelle des Fleisches Somatose giebt. Bei einem seit dem zweiten Lebensjahr hochgradig epileptischen Knaben, bei dem sich die Anfälle gewöhnlich drei- bis viermal im Monat wiederholten, reichte Fleischverbot und Verordnung von Somatose und Eisensomatose hin, um die Zahl der Anfälle beträchtlich zu verringern und gleichzeitig eine durch Brommedication entstandene Anaemie zu heilen. Bei einem Knaben mit Pavor nocturnus, bei einem Mädchen mit hysterischer Chorea gleich günstiges Resultat. Bei einem Kinde von 11 Monaten, das schon mit Fleisch gefüttert wurde. tetanische Krämpfe hatte und schwerkrank war, wurde durch sofortige Einstellung der Fleischkost und Ersatz durch Somatose (10 g pro Tag) in einem Monat Heilung erzielt. Auch bei Pat. mit Phthise, Darmtuberculose, Enteritis etc. bewährte sich Somatose sehr gut.

(Die ärztl. Praxis 1906 No. 18.)

— **Ueber Cerolin** theilt Dr. E. Toff (Braila) seine Erfahrungen mit. Autor benützte die von C. F. Boehringer u. Söhne (Mannheim) hergestellten Pillen (jede mit 0,1 Cerolin, 6 Stück pro die bei Erwachsenen), die auch von Kindern genommen wurden; event. müssen diese die Cerolin-Milchzuckertabletten (jede mit 0,025 Cerolin) erhalten, die sich leicht zerdrücken und in Milch u. dgl. nehmen lassen. Cerolin, das auch leichte Abführwirkung hat und den Stuhlgang gut regelt, bewährte sich bei *Acne* und *Folliculitis*, sowie bei *Furunculosis*, dann bei chron. *Obstipation* (besonders bei Frauen und Kindern). Aeusserlich benützte Autor Cerolin in Form von Vaginalkugeln (mit 0,05 Cerolin) bei *Endometritis*, *Colpitis*, *Vaginitis* (Einlegen nach Ausspülung mit physiolog. Kochsalzlösung), was einen recht günstigen Einfluss ausübte, (Med. Klinik 1906 No. 29.)

Bücherschau.

— **Medicinalkalender pro 1907.** Ausser den bereits von uns früher genannten Medicinalkalendern sind nachträglich noch einige, alles alte gute Bekannte, auf den Redactionstisch gelangt. So der Hirschwald'sche, von Wehmer herausgegebene mit seinem gediegenen textlichen Inhalte, der einer zeitgemässen Umarbeitung unterzogen wurde. Die 2. Abtheilung, welche hauptsächlich die Personalien der Civil- und Militärärzte enthält, könnte genauer sein; sie weist doch schon bei oberflächlicher Durchsicht nicht wenige Fehler auf, und wenn solche auch nie ganz zu vermeiden sein werden, so sollte doch in Zukunft hier grössere Genauigkeit angestrebt werden. — Lorenz' *Taschenkalender für Aerzte* (S. Rosenbaum, Berlin W.), von kleinerem Umfange, aber doch einen verhältnismässig reichen Inhalt aufweisend, der wiederum genau revidirt worden ist, erscheint schon im 20. Jahrgang und wird gern von den Collegen benutzt. — Umfangreicher ist das *Aerztliche Jahrbuch* (Frankfurt a. M., Joh. Alt), herausgegeben von Dr. v. Grolman, der alle Jahre bestrebt ist, Verbesserungen einzuführen und eine Erweiterung des Inhalts vorzunehmen. Diese erstreckte sich diesmal auf verschiedene Kapitel, sodass eine Theilung des Textes in

2 Hefte nöthig wurde. Ein Hauptkapitel: **„Neue Heilmittel und neue Heilmethoden“** ist, erweitert und ergänzt. zu einem besonderen Buche in Taschenformat zusammengefasst worden (Preis Mk. 3), das eine vollständige, sehr handliche und billige Darstellung dieses Themas bietet und manchem Collegen recht willkommen sein dürfte. — Bei dieser Gelegenheit wollen wir nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, dass Dr. Schreiber's in gleichem Verlage erscheinende **Arznei-Verordnungen** (Mk. 3) in 7. Auflage vorliegen. Das beliebte Buch hat eine gründliche Umarbeitung erfahren, indem zahlreiche Mittel, welche sich nicht behauptet haben, gestrichen und dafür solche, welche in den letzten Jahren sich bewährten, neu aufgenommen worden sind. Das kleine Werk wird sicherlich unter den jüngeren Collegen sich wieder zahlreiche neue Freunde erwerben. — Endlich sei noch auf *Pearson's Westentaschen-Kalender für Aerzte 1907* aufmerksam gemacht. Die neue Ausgabe weist gegenüber der vorjährigen einige wichtige Verbesserungen und Erweiterungen auf: Im Capitel „Vergiftungen“ ist auch die Symptomatologie zusammenfassend abgehandelt und die Receptformeln der Berliner Centralcommission der Krankenkassen sind durch eine Anzahl weiterer billiger Formeln ergänzt. Die ebengenannten beiden Capitel sind diesmal auch mit weissem Papier für eventuelle Nachtragungen aus der Literatur durchschossen; ebenso ist beim Kalendarium ein grösserer Raum für Notizen freigelassen. Trotz dieser Erweiterungen konnte das bequeme Westentaschen-Format beibehalten werden. Der Kalender wurde an die deutschen Aerzte gratis und franco versandt. Sollte ihn der Eine oder Andere zufällig nicht erhalten haben, so wolle er sich per Postkarte an die Herausgeberin, die Vasogenfabrik Pearson & Co. in Hamburg wenden.

— Von Rauber's **Lehrbuch der Anatomie des Menschen** ist jetzt Abtheilung 3, Muskeln und Gefässe enthaltend, erschienen (Verlag von G. Thieme, Leipzig. Preis gebd. Mk. 14). Die 7. Auflage, von Kopsch bearbeitet, ist von uns schon gelegentlich des Erscheinens der ersten beiden Abtheilungen mit höchst anerkennenden Worten empfohlen worden, und solche verdient auch in hohem Grade die vorliegende Abtheilung mit ihren 396, zum Theil farbigen Abbildungen, welche uns in vollendeter Weise alle Einzelheiten vor Augen führen, und mit ihrem klaren, überaus präcis gefassten Texte, welcher sich in gleicher Weise

zum eingehenden Studium wie zum Nachschlagen eignet. Die äussere Ausstattung ist eine hochvornehme, des Werkes würdige. — Im gleichen Verlage erschienen: **Beiträge zur wissenschaftlichen und practischen Medicin,** eine Sonderausgabe des II. Theils der Festschrift für J. Rosenthal. Das Buch enthält eine grosse Reihe bedeutender Arbeiten aus der Feder von Leyden, Gerhard, v. Leube, Penzoldt, Voit, Graser, Eversbusch, v. Michel, Sattler u. a. m., welche auch den Praktiker in hohem Maasse interessiren und ihm eine Fülle belehrenden und anregenden Stoffes bieten.

— Ein **Handbuch neuerer Arzneimittel** von Dr. O. v. Lengerken (Verlag von Joh. Alt, Frankfurt a. M. Preis: Mk. 13,60) enthält in grosser Vollständigkeit und sehr befriedigender Uebersichtlichkeit, welche durch eine recht zweckmässige Anordnung des Stoffes gewährleistet wird, alles Wissenswerthe über die überreiche Anzahl der neueren Arzneimittel. Ein solches Handbuch ist heutzutage wohl eine unbedingte Nothwendigkeit, seine Abfassung aber sicher eine äusserst schwierige. Der Verfasser hat diese Schwierigkeiten zu überwinden gewusst und uns ein umfassendes und zuverlässiges Nachschlagebuch gebracht, welches zweifellos vielen Praktikern willkommen sein wird und ihnen gute Dienste zu leisten berufen ist. — Noch ein anderes Werk, welches gleiche Tendenzen verfolgt, ist auf den Büchermarkt gelangt: R. Lüders' 3 Abtheilungen umfassendes Buch: **Die neueren Arzneimittel** (Leipzig, B. Konegen. Preis: Mk. 15). Basirend auf nach vielen Tausenden zählenden Literaturquellen der letzten Jahre beschreibt es die neuen Mittel nach Krankheiten geordnet, lehrt die Anwendung und klärt über ihren Werth auf, zugleich Preis, Bezugsquelle u. s. w. angebend. Auch dieses Werk orientirt rasch und sicher und wird von den Collegen dankbar begrüsst werden.

— Die **Therapie der Kehlkopftuberculose** hat Dr. L. Grünwald auf etwa 150 Seiten in sehr anerkennenswerther Weise bearbeitet, sodass das Buch (München 1907, J. F. Lehmann's Verlag. Preis: Mk. 5) warme Empfehlung verdient. Nachdem der Autor die „allgemeinen Gesichtspunkte für die Behandlung“ erörtert, eine „Kritik der Therapie“ geliefert und die „Postulate, Methoden und Indicationen der Therapie“ besprochen, wendet er sich den „äusseren Operationen“ zu, bespricht die allgemeinen

Indicationen, Operationsergebnisse, Vorbedingungen und speciellen Indicationen und beschreibt endlich die „Technik äusserer Eingriffe". Ein reicher Inhalt also, der vielfache Anregung und Belehrung giebt.

— Mit dem Ausspruche Platos: „Das Meer wäscht alles Uebel fort", aus welchem bereits die tiefe Erkenntnis der Wichtigkeit dieses grossen Heilfactors für die leidende Menschheit hervorleuchtet, haben zu allen Zeiten namhafte Aerzte auf die Nothwendigkeit einer grösseren Nutzbarmachung der Heilkräfte des Meeres, auf die Nothwendigkeit der Veranstaltung von Seereisen zu therapeutischen Zwecken hingewiesen. So ist eine reiche Literatur entstanden. Eine umfassende Verwerthung dieses literarhistorischen Stoffes und damit zugleich eine Geschichte der gesundheitlichen Seereisen bis zu ihrer jetzigen Ausgestaltung und möglichen Weiterbildung giebt das soeben im Verlage von Vogel & Kreienbrink, Berlin, erschienene Werk: **„Die Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken"** von Sanitätsrath Dr. Edmund Friedrich zu Dresden. In fleissiger Sammlerarbeit findet sich hier alles Material über therapeutische Seereisen zusammengetragen. Durch Zurückgehen auf die Quellen, wo das nur immer möglich war, konnte der Verfasser manch werthvolle Arbeit der Vergessenheit entreissen. Ausser den grösseren Werken der französischen, englischen und deutschen Literatur finden auch weiteste Beachtung die zahlreichen kleineren Mittheilungen früherer und noch aktiver Schiffs- und Tropenärzte, die wegen der aus der unmittelbaren Praxis geschöpften Erfahrungen und Beobachtungen besonders werthvoll sind. Das Werk ist in erster Linie für Aerzte bestimmt, aber auch gebildete Nichtärzte, und besonders Kranke oder Erholungsbedürftige werden daraus die Gewissheit schöpfen, dass „das Meer alles Uebel fortwäscht".

Für den redactionellen Theil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am Anfang eines jeden Monats. | № 5. | Preis des Jahrgangs 5 Mk. excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Februar | *XVI. Jahrgang* | *1907*

Agrypnie. **Klinische Erfahrungen mit Proponal** veröffentlicht Dr. P. Schirbach (Psychiatrische Klinik Bonn), der das Mittel bei 43 Pat. anwandte (in den Merck'schen Tabletten à 0,1 g). Autor giebt folgendes Resumé: „Im Ganzen wird man also bis jetzt wohl sagen können, dass das Proponal bei einfacher Schlaflosigkeit und selbst bei leichterer Unruhe in Dosen von 0,3—0,5 als gutwirkendes, unschädliches Schlafmittel zu empfehlen ist. Auch bei stärkeren Erregungszuständen haben sich Dosen bis zu 0,8 in einigen Fällen noch als wirksam erwiesen. Durch vergleichende Versuche habe ich den Eindruck gewonnen, dass 0,3 g Proponal in der hypnotischen Wirkung etwa 0,5 Veronal gleichkommt, während 0,5 Proponal etwa 1 g Veronal entsprechen dürfte."

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 39.)

— **Einiges über Malonal** berichtet Dr. M. Dobrschansky (k. k. I. psychiatr. Univers.-Klinik in Wien). Autor fand bei seinen Versuchen, dass dem Mittel ein specifischer Einfluss auf die motorische Zone und eine deutliche cumulative Wirkung zukommt. Diese beiden Eigenschaften setzen den Werth des Präparates speciell für den Psychiater nicht herab, sondern sind diesem unter Umständen sogar nicht unerwünschte Zuthaten. Das Versuchsmaterial bestand aus 64 Fällen, acuten und chronischen Psychosen, bei denen es theils einfache A., theils lebhafte motorische Unruhe oder heftige Erregungszustände zu bekämpfen galt. Es stellte sich nun heraus, dass Gaben von 0,5 g bei einfacher A., ja nicht selten auch dort, wo Hallucinationen

im Vordergrund standen, im Allgemeinen genügten; mit 1 g kam man fast immer ans Ziel. Der Schlaf trat 1/2—1 1/2 Stunden nach der Darreichung ein und war ruhig. Ein Theil der Pat. war dann am nächsten Morgen frisch, bei einem anderen (meist hinfällige, schwach ernährte Paralytiker oder senil Demente) war schon nach der ersten Dosis von 1/2 g manchmal auffallende Schlaftrunkenheit am Morgen zu bemerken. Fuhr man mit der Darreichung des Malonals fort, so stellten sich ausser dieser Somnolenz nach Gesammtverbrauch von 2—4 g atactische Gehstörungen, Tremor der unteren Extremitäten, schliesslich vollständige Unfähigkeit, sich auf den Beinen zu halten, ein. Unterbrach man jetzt die Medication, so kam es zur Restitutio ad integrum, nie zu dauernden üblen Folgen. Begann man nach einer Pause von etwa 14 Tagen aufs Neue, Malonal in Dosen von 1/2 g zu geben, so sah man oft, dass dasselbe von den Pat., die bei der ersten Darreichung so intensiv reagirt hatten, jetzt überraschend gut vertragen wurde und, bei exacter hypnotischer Wirkung, eine schwerere Beeinflussung des motorischen Apparates nicht eintrat. Letztere konnten aber jederzeit durch Steigerung der Einzeldosis auf 1—1 1/2 g wieder ausgelöst werden. Diese Wirkung des Malonals auf den Bewegungsapparat machte sich nun Autor zur Bekämpfung von Aufregungszuständen mit motorischen Entladungen dienstbar, und zwar mit sehr erfreulichem Erfolg. In erster Linie waren es katatone und paralytische Erregungszustände, bei denen sich das Präparat bewährte. Nach Dosen von 0,5—1 g zweimal täglich trat meist Nachlass der Unruhe ein, das Toben und Schreien hörte auf. Dabei zeigten sich nie Schädigungen; der Puls blieb kräftig, der Blutdruck unverändert, die Athmung normal, die Nierenfunction tadellos. Malonal stellt nach dieser Richtung hin eine Bereicherung unseres Arzneischatzes dar.

(Wiener med. Presse 1906 No. 42.)

Angina. **Zur Behandlung der Angina lacunaris** hat Dr. K. Gerson (Schlachtensee) im vorigen Jahre zwecks Entleerung der tonsillären Lacunen ihre Sondirung mittelst der Hohlsonde empfohlen. Man setzt die Sonde mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weissen Punkt der Tonsille und schiebt die Sonde langsam in den lacunären Gang vor; sie drängt so den Lacuneninhalt, zumal bei Zuhilfenahme leicht rotirender Bewegungen, heraus, den man in der Hohlrinne auffängt. Nun hat es sich gezeigt,

dass die Lacunen sich mit der Zeit wieder füllen. Um dies zu vermeiden, braucht man bloss nach Entleerung der Lacunen in diese mittelst der Hohlsonde eine Aetzflüssigkeit hineinzubringen, am einfachsten, indem man zunächst die desinficirte Hohlsonde in Acid. carbolic. liquef. taucht, sie dann in die Lacune einführt und an ihrem äusseren Rande ein wenig hebt; die Aetzflüssigkeit läuft dann in den Lacunengang und verätzt dessen Wände, vernichtet dabei auch die in der Lacune enthaltenen Bacterien, so auch die nicht selten daselbst weilenden Diphtheriebacillen. Durch das Verfahren dürfte manche Ansteckung verhütet werden, nicht nur mit Diphtherie, sondern auch mit anderen Infectionskrankheiten, deren Träger in den Tonsillen festsitzen. Für das Verfahren kommen freilich nur solche Tonsillen in Betracht, auf deren Oberfläche weisse Punkte das Vorhandensein von lacunären Pfröpfen verrathen; diese sind also, auch beim Fehlen acuter Tonsillitis, in jedem Falle schon aus prophylactischen Gründen zu entfernen. Man wiederholt die Aetzung am folgenden Tage, wodurch auch die Verödung der Lacunen und damit eine Verkleinerung der Tonsillen selbst bewirkt wird. Zur Aetzung hat sich Acid. carbolic. liquef. besonders bewährt; man kann aber auch Argentumlösung, Acid. nitric. dil., Acid. sulfur. dilut. und dergl. benützen.

(Medicin. Klinik 1906 No. 39.)

— **Omorol bei A.** hat Dr. Viett (Horneburg) mit bestem Erfolg bei Erwachsenen und Kindern angewandt und dabei die hochgradig bactericide Wirkung dieses völlig ungiftigen Silberpräparates schätzen gelernt. Nachdem behufs Entfernung der Schleimmassen mit schwachem Salzwasser gegurgelt worden ist und, wenn irgend möglich, die erkrankten Parthien mit Wattetampons abgetupft sind, pinselt man das Omorol energisch ein (der Pinsel wird dann in kalte Kochsalzlösung mit 3% Omorolzusatz eine Stunde gelegt und ist dann genügend desinficirt). In schwereren Fällen lässt man eine Omoroleinstäubung mittelst Pulverbläsers nachfolgen (Autor hat sich einen zweckmässig construirten von der Firma Pertzel & Schultz in Hamburg herstellen lassen, der allen Anforderungen entspricht).

(Aerztl. Rundschau 1906 No. 47.)

— Einen **Beitrag zur Formamint-Therapie** liefert Dr. A. Blumenthal (Berlin, medicin. Poliklinik von Professor Michaelis) auf Grund von Beobachtungen an 52 Pat.

Am deutlichsten zeigte sich die Wirkung bei allen Arten von A. (26 Pat., davon 14 Kinder), wo der Erfolg durchweg ein guter war; die Beläge verschwanden sehr rasch, die subjectiven Beschwerden traten schnell zurück. Bei Kindern war es sehr angenehm, dass sie nicht zu gurgeln brauchten; sie nahmen die „Bonbons“ immer sehr gern. Auch bei *Tonsillarabscessen* schafften die Tabletten immer ein Gefühl der Erleichterung und kürzten die Krankheitsdauer ab. Bei *chron. Pharyngitis* bewährte sich das Mittel ebenfalls, desgleichen bei *Foetor ex ore.* Schliesslich that es auch prophylactisch bei Sängern gute Dienste.

(Die Therapie der Gegenwart, Decemb. 1906.)

— **Ein Fall von echter Angina erysipelatosa** wird von Dr. D. Roth (Jägerndorf) wie folgt beschrieben: „Die 17jährige Gutsbesitzerstochter H. L. aus Peterwitz erkrankte am 28. VI. 06 unter mässigen Fiebersymptomen an leichten anginösen Beschwerden. Bei der Untersuchung zeigte sich eine geringe, gleichmässige Röthung und Schwellung des weichen Gaumens und der stark hypertrophischen Tonsillen bei 37,8 Temperatur. Auf Hydrogen. superox.-Gurgelungen und Priessnitzpackungen besserten sich die Schluckbeschwerden so, dass Patientin die häuslichen Arbeiten wieder aufnahm. Am 30. VI. jedoch trat unter Schüttelfrost ein bullöses Erysipel der Nase auf, das sich binnen kurzer Zeit über die angrenzenden Wangenpartien, Ohren, Stirne, behaarte Kopfhaut bis an die Haarnackengrenze ausbreitete und deutliches Fortschreiten von zwei Seiten zeigte. Zwei Tage später unter abermaligem Schüttelfrost neuerliches verstärktes Auftreten der Schlingbeschwerden, Gefühl von starkem Brennen im Halse und Unmöglichkeit die Zunge zu bewegen. Die Inspection ergab folgenden Befund: Temperatur 41, im Harne Spuren von Albumen, etwas reducirend (Trommer). Puls kräftig, 130. Pat., leicht somnolent, schreit zeitweise heftig auf, Zuckungen der rechten Hand. Das bullöse Erysipel des Gesichtes steht in voller Blüte. Die Nasenöffnungen und Lippen mit eingetrockneten Krusten bedeckt. An der Unterlippe ein kleines, von einem rothen Hof umgebenes Herpesbläschen. Die Zunge stark geschwollen, klebt am Mundboden, die vergrösserten Papillen geben derselben ein himbeerartiges Aussehen. Die Mundschleimhaut polsterartig geschwollen, glänzend roth wie lackiert. Diese intensive Röthung geht auf die Tonsillen und Uvula über, deren untere Umrandung in eine transparente Blase übergeht,

und schliesst haarscharf am Arcus palato-glossus ab. Der hintere Gaumenbogen und Pharynx nur leicht entzündlich verändert, lässt den intensiven Glanz und starke polsterartige Schwellung vermissen. Die durch diesen Befund schon wahrscheinliche Diagnose Angina erysipelat. wurde durch die in der Uvulabulla vorgefundenen Erysipelkokken bestätigt. — Es handelte sich also in diesem Falle um ein Erysipel des Halses, das durch die Nasenöffnungen weiterkroch und das Gesicht in Mitleidenschaft zog. Bezüglich der Behandlung wäre noch bemerkenswerth, dass sowohl das Mund- als auch das Gesichtserysipel mit Kollargolpinselungen behandelt und sehr günstig beeinflusst wurde. Die Krankheit blieb auf die beschriebenen Stellen beschränkt, schwand zuerst im Halse bei gleichzeitigem Kollabiren der Bullen im Gesichte und Schwinden des Fiebers. Nach zehn Tagen war diese Schwerkranke geheilt. (Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 46.)

— **Ueber die diagnostische Bedeutung der A. ulcerosa typhosa** lässt sich Dr. L. Blum (Medicin. Klinik Strassburg) aus. Es handelt sich bei dieser Affection um flache, ovaläre Geschwüre mit leicht aufgeworfenem, anfangs geröthetem Rande. Der Geschwürsgrund ist gelblich oder graugelblich gefärbt, Belag oder Membranbildung ist nicht vorhanden, beim Abstreichen blutet die Geschwürsfläche leicht. Sie sitzen meist auf den vorderen Gaumenbögen an ihrem Uebergang in den weichen Gaumen. Meist kommen sie doppelseitig vor, können aber auch nur auf der einen sich finden oder auch zahlreicher sein. Nicht allzuselten sitzen sie tiefer, mehr nach der Basis der vorderen Gaumenbögen zu, auch an den hinteren Gaumenbögen. Sie treten meist in der zweiten Woche des Typhus auf und verursachen nur ausnahmsweise Beschwerden. Es handelt sich um ein für die Diagnose des Typhus recht werthvolles Symptom, das sogar als pathognomonisch gilt. Das glaubte auch Autor auf Grund jahrelanger Beobachtungen, bis jetzt zwei Fälle vorkamen, die das Vorkommen von absolut identisch aussehenden, ebenso localisirten und auch mikroskopisch denselben Bau aufweisenden Geschwüren bei anderen Krankheiten beweisen. Der erste Pat. hatte eine Pleuritis, für Typhus sprach nichts. Beim zweiten Falle, der ebenso wie Fall 1 ein tuberculöses Individuum betraf, schwankte die Diagnose zwischen Miliartuberculose und Typhus; erstere Diagnose war wahrscheinlicher, aber wegen der Geschwüre am Gaumen dachte

man doch immer wieder an Typhus Die Section ergab nichts von Typhus, wohl aber Miliartuberculose. Tuberculös waren die Gaumengeschwüre in beiden Fällen sicher nicht, was im ersten Falle schon die rasche Heilung und der ganze Verlauf bewies. Bei Fall 2 ergab die mikroskopische Untersuchung, dass es sich um einfache katarrhalische Geschwüre handelte, die ganz denselben histologischen Bau aufweisen, wie die Ulcerationen bei Typhus. Das Auftreten bei zwei tuberculösen Individuen war ein rein zufälliges. So wichtig also die A. ulcerosa für die Diagnose des Typhus sein kann, den Ausschlag geben und die Diagnose sichern kann sie nicht.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 47.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. **Die Behandlung frischer Wunden mit durch Wärme zum Austrocknen gebrachten Verbänden** empfiehlt Dr. E. Asbeck (Harburg a. E.). Als Schiffsarzt 1894 auf einer Reise nach Ostasien übte er zuerst diese Methode aus. Jede frische Verletzung wurde ohne Desinfection der Umgebung, ohne Berührung der Wunde mit den Händen, mit einer Jodoformgazecompresse bedeckt, über welche einige Lagen Mull kamen. Darüber wurde Watte gelegt und das Ganze mit einer Mullbinde fixirt. Die so Verbundenen wurden nun $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden der strahlenden Glut des Kesselfeuers ausgesetzt, wodurch intensive Austrocknung erzielt wurde. War bei einer stärkeren Nachblutung die innere Hülle mit Blut durchtränkt, so wurde einfach eine neue Lage Mull aufgelegt und bis zur gänzlichen Austrocknung nochmals bestrahlt. Auch diese Fälle heilten schnell und reactionslos in wenigen Tagen. Die Abnahme der Jodoformgazecompresse erfolgte meist auf trockenem Wege; in den Fällen, in welchen totale Ueberhäutung noch nicht eingetreten war — meist in den centralen Partien grösserer Hautdefecte — wurde die letzte Bedeckung der Wunde mit schwacher Sublimatlösung berieselt. Ein erneuter Verband wurde ebenso bereitet, oder es kamen einfache Salbenverbände zur Anwendung. Seit 1901 hat nun Autor bei etwa 500 frischen Verletzungen gesehen, wie erstaunlich rasch dieselben unter nur einem Verbande abheilen. Statt Jodoformgaze nimmt Autor jetzt Xeroformgaze und zur Entfernung derselben in den oben bezeichneten Fällen statt Sublimat 2%iges Perhydrol Merck. Als Quelle für die Austrocknung benützt er das Kesselfeuer der Fabriken, das Schmiedefeuer der Werkstätten, die Hitze des häus-

lichen Herdes, bei kleinen Verletzungen auch seinen Bunsenbrenner. Aus seinen Erfahrungen schliesst er:

I. Fort mit der Desinfection frischer Wunden, denn
   1. können wir im Allgemeinen jede frische Wunde als nicht inficirt ansehen, und es ist unnöthig, ja schädlich, sie desinficiren zu wollen, zumal wir die eingedrungenen Bacterien nicht fortzuschwemmen oder abzutödten vermögen, ohne die Zellen durch die bactericiden Flüssigkeiten in ihrer Lebensfähigkeit zu schädigen (gröbere Schmutzpartikelchen oder Fremdkörper sind natürlich zu entfernen!);
   2. durch die Desinfection weichen wir die oberflächlichen Schichten auf und schwemmen von hier aus Infectionsträger in die Wunde.

II. Durch den austrocknenden Verband gelingt es:
   1. die Wunde bacteriendicht abzuschliessen;
   2. die pathogenen Keime der Umgebung zu fixiren;
   3. einen Theil der oberflächlichen Bacterien durch die Hitze in ihrer Lebensfähigkeit zu hemmen und ihre Vermehrung hintanzuhalten;
   4. durch die Hitze die Blutzufuhr zur Wundgegend zu vermehren, sodass die herbeiströmenden weissen Blutkörperchen ihrerseits die Abtödtung der etwa eingedrungenen Bacterien besorgen.

Bei grösseren Wunden, die eine Immobilisirung der Extremitäten verlangten, wurde am Tage nach der Austrocknung ein Stärkekleisterverband über den ersten gelegt. Auch elf Schussverletzungen, ebenso behandelt (ohne Entfernung des Projectils) heilten reactionslos.

(Münchner med. Wochenschrift 1906 No. 42.)

— Seine **Erfahrungen über Ectogan,** das er seit drei Jahren anwendet, veröffentlicht Dr. M. Friedländer (Berlin). Ectogan, ein geruchloses, feines, weisses Pulver ist Zinksuperoxyd. Der starke Gehalt an lose gebundenem Sauerstoff macht das Präparat zu einem hervorragenden Wunddesinfectionsmittel. Sobald es mit Wundsecreten, Blut, Eiter in Berührung kommt, findet eine Zerlegung in Zinkoxyd und Sauerstoff statt, und letzterer entfaltet seine bactericide Kraft. Ectogan bewährt sich bei Ulcus molle und durum, Herpes, Balanitis, Ulcus cruris, Verbrennungen sowohl rein als auch vermischt mit Acid. boric., ferner

als 10—20%ige Salbe oder Paste. Schmerzen, Secretion, übler Geruch liessen nach, die Granulationsbildung wurde mächtig angeregt. Bei frischen Verletzungen zeigte Ectogan auch blutstillende Wirkung. Es eignet sich auch ausserordentlich als Streupulver nach Operationen, besonders zur Ausfüllung von Wund- und Abscesshöhlen. Selbst nach Anwendung sehr grosser Mengen keine Reiz- oder Vergiftungserscheinungen. Vor Allem trat die desinficirende und dosodorisirende Wirkung stets zu Tage; dies auch bei inficirten und jauchenden Wunden, bei denen nach reichlicher Anwendung von Ectogan sich rasch ein Umschlag zeigte. (Die Therapie der Gegenwart, October 1906.)

— **Formysol, ein neues Händedesinfectionsmittel,** empfehlen Kr.-A. Dr. Dietrich und Dr. H. Arnheim (Rixdorf). Dies von Th. Hahn & Co. in Schwedt a. O. hergestellte Präparat ist eine *flüssige Kali-Formalinseife mit starkem Alkoholgehalt*, eine angenehm riechende, ölige, gelblichgrüne Flüssigkeit, die in zwei Stärken zu haben ist (mit 10 und 25 % Formalin). Bacteriologische Prüfungen ergaben durchaus günstige Resultate, und auch die praktischen Versuche fielen günstig aus, ergaben auch, dass das Präparat die Hände nicht angreift. Die Autoren haben es praktisch an sich selbst erprobt, indem sie längere Zeit täglich mehrmals eine fünf Minuten lange Waschung mit heissem Wasser, Bürste und 10% Formysol vornahmen und dann die Hände fünf Minuten lang mit dem reinen 10, bezw. 25%igen Formysol einrieben. Allerdings wurde ihre, an sich schon empfindliche Haut nach einigen Tagen bei Gebrauch des 25%igen Formysol etwas rauh, aber jedenfalls nicht so sehr, wie beim Sublimat. Dieser unerwünschten Nebenwirkung, welche in der gerbenden Eigenschaft des Formalins seine Ursache hat, lässt sich aber durch eine rationelle Pflege der Hände mit Lanolin wirksam begegnen. Wer diese Nebenwirkung ganz vermeiden will, möge bei der vorbereitenden Waschung das Formysol fortlassen und sich dabei einer gewöhnlichen Seife bedienen; nach den Ergebnissen der Arbeiten von Kokubo und Schlieben kann dies geschehen, ohne dass der Desinfectionswirksamkeit dadurch Abbruch gethan wird. Sonach erfüllt das unverdünnte Formysol die beiden Voraussetzungen für ein in der Praxis brauchbares Desinfectionsmittel, denn es entfaltet nicht nur eine ausreichende bactericide Wirkung, sondern es wird auch auf die Dauer von empfindlichen Händen, ganz besonders in der 10%igen Lösung,

vertragen. Weitere praktisch theoretische Erwägungen führen dazu, das Mittel gerade als Händedesinficiens ganz besonders geeignet erscheinen zu lassen. Es ist bekannt, dass die Schweiss- und Talgdrüsen als Depots von Krankheitskeimen angesehen werden müssen. Da nun in dem Abschilferungsprozess, welchem die desinficirten Hände während der Benutzung namentlich während der operativen Thätigkeit unterliegen, die hauptsächlichste Quelle für das Wiederauftreten der Hautkeime erblickt werden muss, so leuchtet ein, dass ein Mittel, welches neben seiner bactericiden Wirkung die Eigenschaft hat, die Ausführungsgänge der Schweiss- und Talgdrüsen vorübergehend zu verschliessen, als Händedesinfectionsmittel ganz hervorragend qualificirt sein muss. Diese Eigenschaft kommt aber dem Formysol zu, dessen schweisshemmende Wirkung zuerst von Dohrn festgestellt und später allseitig bestätigt worden ist. Die andauernde Trockenheit der mit Formysol behandelten Hände weist sowohl auf die Lösung des Hautfettes durch den Seifengehalt des Formysol, wie auf den zeitweiligen Verschluss der Ausführungsgänge der Talgdrüsen hin. Formysol wirkt ferner desodorisirend und ist so gut wie ungiftig, sodass wir hier thatsächlich ein einwandfreies und brauchbares Desinficiens vor uns haben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 45.)

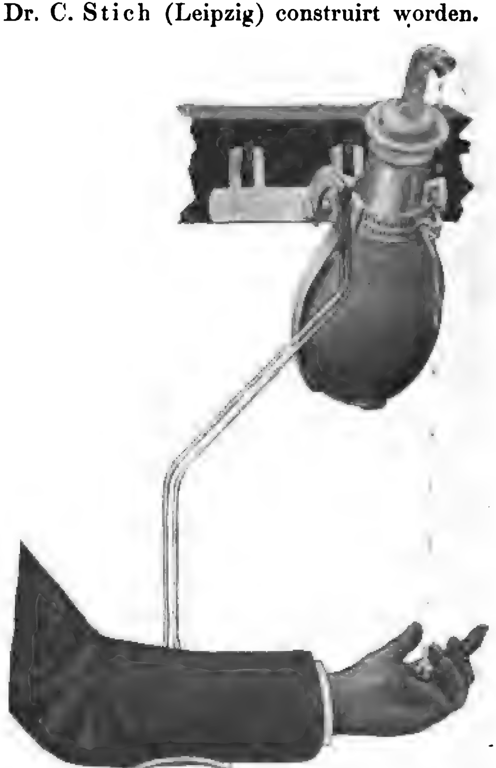
— **Bacteriologische Untersuchungen über ein neues Formalin-Desinfectionsverfahren, das Antanverfahren,** hat Privatdocent Dr. Selter im Hygien. Institut in Bonn angestellt. Das von den Farbenfabriken vorm. Bayer & Co. (Elberfeld) hergestellte Antan, ein Gemisch von polymerisirtem Formaldehyd und Metallsuperoxyden, ein gelbliches Pulver mit schwachem Formalingeruch, braucht nur in einen Eimer gethan und mit Wasser übergossen zu werden, worauf nach wenigen Secunden Gasbildung unter starker Temperaturerhöhung eintritt, welche so lebhaft wird, dass in kurzer Zeit dichte Formalindämpfe emporsteigen. Diese schlagen sich sehr rasch auf allen Gegenständen nieder, ohne dass man den zu desinficirenden Raum sorgfältig abzudichten braucht. Die Dämpfe lassen sich wieder leicht entfernen, indem man etwas Chlorammonium mit Aetzkalk in den Eimer hineinwirft, sodass sich Ammoniak entwickelt*). Die Versuche ergaben nun, dass dies Verfahren

*) Die Packungen enthalten in Blechbüchsen neben der für einen bestimmten Raum nothwendigen Menge Antan auch entsprechende Mengen der Mischung von Chlorammonium und Aetzkalk.

sich zur Zimmerdesinfection vorzüglich eignet, und dass sich auch eine intensive Tiefenwirkung erzielen lässt. Auch für Desinfection in Kleiderschränken, Kisten, Droschken etc. ist diese Methode zu empfehlen (hier braucht man nur in eine Porzellanschale auf dem Boden eine entsprechende Menge Antan — für 1 cbm etwa 50 g — und Wasser hineinzuthun). Die Methode ist also recht einfach und liefert dabei durchaus zufriedenstellende Resultate.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 50.)

— **Ein neuer Apparat zur aseptischen Seifenentnahme** ist von Dr. C. Stich (Leipzig) construirt worden. Die von einer Metallgabel gehaltene, pendelnde, dickwandige Flasche mit eingeriebenem Stopfen und gebogenem Ausflussrohre von Glas wird vermittels eines Hebels bewegt und durch dessen Senken der Inhalt zum Ausfluss gebracht. Dieser Hebel ist leicht mit dem Arme des Operateurs zu dirigiren, während die Hand desselben Armes gleichzeitig die ausfliessende Seife oder den Seifenspiritus aufnehmen kann. Der Kippapparat (Kreuz-Apotheke, Leipzig) kostet 8 Mk., 1 Weinflasche (ca. 1 kg) flüssige Seife 1 Mk., mit Formalin (3%) Mk. 1.20.



(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 46.)

Cephalalgia. Die Verwendbarkeit des Methylatropinum bromatum bei Erkrankungen des Nervensystems hat Dr. C. Hudovernig (Psychiatr. Univ.-Klinik, Budapest) in zahlreichen Fällen erprobt. Er wandte das Merck'sche Präparat bei C. und anderen nervösen Affectionen an und berichtet darüber wie folgt: „Die Ergebnisse meiner Versuche, sind nach der Krankheitsform gruppiert die folgenden:

1. Bei den lancierenden Schmerzen bei Tabes dorsalis habe ich Methylatropinum bromatum in acht Fällen verwendet, davon in sechs Fällen mit vorzüglicher, in einem Falle mit geringer Wirkung, während in einem Falle jede Wirkung ausgeblieben ist. In diesem Falle sah ich selbst bei Anwendung von 0,004 g dreimal täglich gar keine Wirkung, und diese Dosis war auch nöthig, um im siebenten Falle die geringe Wirkung zu erzielen. Demgegenüber erwies sich die Dosis von 0,002 g zweimal täglich als vollkommen genügend in den sechs Fällen mit positivem Erfolge. — Zwei Fälle seien als besonders bemerkenswerth hervorgehoben: Im ersten handelte es sich um eine seit zehn Jahren bestehende typische Tabes dorsalis eines 55jährigen Mannes, dessen heftige lancierende Schmerzen selbst durch Morphium kaum gemildert werden konnten und gegen welche alle bekannten antineuralgischen Mittel ganz wirkungslos blieben; hingegen habe ich mit Methylatropinum bromatum - Pulvern zu 0,002 g vollständige Schmerzlosigkeit erzielt, mit einer Nachwirkung von 5—6 Tagen. Die zweite Beobachtung bezieht sich auf eine 46jährige Frau, deren lancierende Schmerzen durch keinerlei Mittel gemildert werden konnten; dieselbe nahm drei Tage hindurch dreimal täglich 0,002 g Methylatropinum bromatum und erzielte dadurch eine ganz schmerzfreie Periode von 8—10tägiger Dauer. Die genannten Kranken haben beide betont, dass sie bisher von keinem schmerzstillenden Mittel eine ähnliche gute Wirkung verspürt haben.

2. Ein an Meningomyelitis leidender Patient hatte sehr intensive reissende Schmerzen, gegen welche das Methylatropinum bromatum ebenso wirkte wie bei den Tabeskranken.

3. In drei Fällen von Cephalalgia luetica haben 1 bis 2 Pulver zu 0,002 g eine längere Zeit hindurch anhaltende Schmerzlosigkeit gebracht; am Abend genommen, vermochten die Kranken, welche in Folge der heftigen nächtlichen Kopfschmerzen seit Wochen schlaflos waren, ohne Schlafmittel die ganze Nacht hindurch ruhig zu schlafen.

4. In drei Fällen von anämischem Kopfschmerz habe ich von denselben Dosen, wie oben, nach 5, 10 bis 20 Minuten vollkommenes Aufhören der Schmerzen beobachtet.

5. Bei drei Fällen von Hemikranie konnte ich die schmerzstillende Wirkung von 0,002 g Methylatropinum bromatum zweimal beobachten, während die dritte Pat. selbst nach dreimal 0,004 g keine Linderung verspürte (auch keine unangenehmen Nebenwirkungen.)

Bei den tabischen Lancinationen sowie bei den verschiedenen Kopfschmerzen wurde das Methylatropinum bromatum selbstverständlich nur fallweise als symptomatisches Mittel genommen, ebenso auch wie in ähnlichen Fällen die verschiedenen antineuralgischen Mittel.

6. Ich habe das Methylatropinum bromatum auch bei verschiedenen schmerzlichen Erscheinungen hysterischer oder neurasthenischer Natur angewendet, und zwar:

a) In vier Fällen von nervösem Kopfschmerz, in welchen sonst keine Ursache derselben nachweisbar war. Hiermit erzielte ich rasches Schwinden der Schmerzen bei drei Kranken, während im vierten Falle selbst 0,004—0,008 g keine Wirkung hatten. — Bemerkenswerth war namentlich das Resultat bei einer Kranken, die seit Jahren an hartnäckigen Kopfschmerzen litt, welche durch keinerlei Mittel beeinflusst werden konnten, während Methylatropinum bromatum rapides Aufhören des Kopfschmerzes resultierte.

b) Hysterischen Brechreiz konnte ich während der Versuchszeit einmal beobachten, und wurde derselbe durch einige Dosen zu 0,002 g beseitigt.

c) In zwei Fällen von Hyperidrosis nervosa habe ich das genannte Salz versucht, in beiden Fällen zweimal täglich 0,002 g gereicht und nach einigen Tagen gänzliches Aufhören der Hypersecretion erzielt.

Die auf hysterischer Grundlage aufgetretenen Erscheinungen habe ich selbst bei Gleichheit des Symptoms (z. B. Kopfschmerz) dennoch von den anderen ähnlichen Fällen abgesondert erwähnt, da eben bei Hysterie und Neurasthenie die suggestive Wirkung und Beeinflussung stets angenommen werden muss.

7. Unerwartet günstige Erfolge habe ich mit dem Methylatropinum bromatum auch dann erzielt, als ich dasselbe bei Neuralgien und rheumatischem Kopfschmerz anwendete. In diesem Fällen habe ich das Mittel natürlicherweise nicht incidental (d. h. bei Schmerzen 1—2 Pulver) gereicht, sondern systematisch, täglich dreimal je 2 mg. Derartige Fälle habe ich insgesammt 9 beobachtet, und zwar:

a) Vier Fälle von Cephalalgia rheumatica, bei welchen neben Methylatropinum bromatum bloss noch heisse oder Priessnitz'sche Umschläge zur Anwendung kamen. Zwei Fälle wurden in einigen Tagen geheilt, während die zwei anderen keinerlei Besserung aufwiesen. In sämtlichen vier Fällen handelte es sich um acute Erkrankungen.

b) In drei Fällen von Trigeminusneuralgie, davon zwei acut, einer chronisch, habe ich Methylatropinum bromatum systematisch angewendet; alle drei Patienten konnten nach einigen Tagen geheilt entlassen werden; in den acuten Fällen trat die Heilung rascher ein.

c) In zwei Fällen von acuter Ischias habe ich dasselbe günstige Resultat erzielt wie bei der Neuralgie des Trigeminus; auch bei diesen Kranken wurde das Methylatropinum bromatum ohne andere antineuralgische Mittel angewendet.

8. Schliesslich habe ich das Methylatropinum bromatum noch in je einem Falle der folgenden Nervenleiden, und zwar ohne jeden Erfolg, versucht: Epilepsie, Paralysis agitans und Tic convulsif. Bei den zwei letzteren betrug die Tagesdosis 0,012 g, wobei weder eine Heil- noch aber eine Nebenwirkung zu bemerken war. Bei dem an genuiner Epilepsie leidenden Patienten erreichte ich mit derselben Dosis eine Milderung der Intensität, aber keine Beeinflussung der Zahl der Anfälle; zu bemerken wäre, dass bei demselben Kranken die später durchgeführte Brombehandlung selbst bei einer Tagesdosis von 7—8 g Bromsalz die Anfälle nicht gänzlich zum Schwinden bringen konnte.

In keinem der genannten 37 Fälle habe ich unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen beobachten können, kein einziger Kranker verspürte ein Gefühl von Trockenheit im Munde.

Eine rasche Gewöhnung an das Mittel konnte ich nicht constatieren; einzelne Kranke haben Methylatropinum bromatum längere Zeit hindurch genommen, aber auch nach Wochen noch die gleiche schmerzstillende Wirkung verspürt wie in den ersten Tagen.

Nachdem ich auf Grund der geschilderten 37 Fälle die reine Wirkung des Methylatropinum bromatum kennen lernte, wende ich letzteres nun, je nach der Natur des betreffenden Falles, mit antineuralgischen oder antirheumatischen Mitteln (Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Pyramidon, Aspirin, Chinin, Natrium salicylicum, Indoform etc.) combiniert an.

Anfänglich wendete ich Methylatropinum bromatum in Pillen oder Pulverform, derzeit aber auch in Lösungen an; in Pillen ist die Wirkung die schwächste.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 42.)

— **Migrophen** hat Dr. Hollstein (Pankow) bei sich und seiner Familie, sowie bei einer Reihe von Pat. mit Erfolg angewandt. Das Präparat ist eine Verbindung des Lecithins mit Chinin und vereinigt die Wirkung beider Substanzen, besonders beim Kopfschmerz, auch dem chronisch-habituellen. Autor gab es auch bei anämischem, neurasthenischem, infectiös-toxischem Kopfschmerz; stets entfaltete es prompte Wirkung, und zwar in Dosen von 0,25 — 0,5 g. Das Präparat ist billig und wird auch in Chocoladetabletten hergestellt. (Therap. Monatshefte, October 1906.)

Ekzem. **Ueber die Verwendung des Jothion** macht Dr. M. Berliner (Breslau) eine Mittheilung. Er hat eine 10%ige Salbe (mit Vaselin. flav.) bei zwei Fällen von hartnäckigem *E. des Naseneinganges* mit eclatantem Erfolge angewandt. Nach wenigen, täglich einmal erfolgenden Einreibungen wich das Leiden, nachdem es Jahre lang bestanden. Auch bei mehreren Fällen von folliculärer Entzündung des Nasenrückens bewährte sich die Salbe, desgleichen gegen Ohrensausen bei chron. Mittelohrkatarrh und Sclerose. Autor bearbeitete hier den Warzenfortsatz mit der Salbe, wobei das bis dahin hartnäckige Ohrensausen sich wesentlich besserte oder gänzlich verschwand.

(Therap. Monatshefte, September 1906.)

— **Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Jodopyrins** liefert Dr. Haink (Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von San.-R. Werler, Berlin). Das Präparat bewährte sich wegen seiner prompt jucklindernden Wirkung in Salbenform besonders bei chronischem trockenem E. und anderen stark juckenden Dermatosen (so sah Autor durch 10%iges Jodopyrin-Lanolin in je einem Falle von *Pruritus ani* und *Lichen ruber planus* ausserordentliche Linderung der Beschwerden). In jüngster Zeit hat Autor bei solchen Affectionen (u. a. auch bei Scrotalekzem) auch sich eines Streupulvers bedient (Jodopyrin. subtil. pulv. 1,0 — Talk. pulv. 10,0—20,0) und damit ebenfalls guten Erfolg erzielt. Zudem leistete Jodopyrin (in Dosen zu 0,5 g) recht Befriedigendes bei den Knochen- und Kopfschmerzen der Luetiker, besonders im Tertiärstadium.

(Therap. Monatshefte, December 1906.)

— **Sapalcol, ein fester Seifenspiritus zu medicamentösen Zwecken,** wurde von Dr. A. Blaschko (Berlin) mit bestem Erfolge angewandt. Die Firma Arthur Wolff jr. in Breslau fabricirt seit einigen Jahren „Sapal", eine Natronseife mit hohem Alkoholgehalt in weicher Breiform. Diese Spiritusseife erwies sich nun als sehr geeignet als Vehikel für allerlei Medicamente. Solches „Sapalcol" wird jetzt hergestellt mit Einschluss von Theer, Resorcin, Pyrogallol, Ichthyol und Tumenol. Sapalcoltheerseife eignet sich vorzüglich zur Behandlung des behaarten Kopfes. Der Seifenbrei kann sehr leicht mit dem Finger in die Kopfhaut eingerieben werden, trocknet in kürzester Zeit und wird beliebig lange auf dem Kopf belassen. Besonders empfehlenswerth sind für den Kopf (Ekzem, Psoriasis, Seborrhoe, Pityriasis) die farblosen Theerseifen (Sapalcol c. Liq. carbon. deterg. 10%, c. Anthrasol 5%). Auch für die Behandlung chronischer infiltrirter Ekzeme, des Lichen simpl. etc. ist die Applicationsform ausserordentlich bequem und wirksam. (Die Therapie der Gegenwart 1906 No. 50.)

— **Tumenolammonium (Tumenol)** hat Dr. J. Kraus (Dortmund) als Assistent in der Dr. M. Joseph'schen Poliklinik bei etwa 60 Pat. mit juckenden Hautaffectionen angewandt in 5—50%iger Concentration in kaltem oder (weil schneller und leichter löslich) in heissem Wasser aufgetragen (nach einigen Minuten ist die bestrichene Hautfläche vollkommen trocken). Bei 10—12 Pat. liess sich eine Einwirkung nicht nachweisen, es waren dies sehr hartnäckige, jahrelang bestehende Fälle von chronischem E. und zwei Fälle von Prurigo. Bei den übrigen Pat. war die hervorstechendste Wirkung die juckstillende. Fünf Fälle von jahrelang bestehendem Juckreiz in Folge von *Pruritus* (ani und genitalis) reagirten innerhalb einer Stunde nach Application einer 25—30%igen Lösung, ebenso zeigten sechs Fälle von pruriginösen und vier Fälle von postscabiösen E. baldige Besserung des Juckens. Vier Fälle von *Lichen ruber planus* wurden bezüglich des Juckreizes sehr günstig beeinflusst, während die Efflorescenzen selbst nur wenig reagirten. Ebenso schwand in einem seit fünf Jahren bestehenden Falle von *Dermatitis herpetiformis Duhring* das fast unerträgliche Jucken nach zwei- bis dreimaliger Application einer 30—50%igen Lösung. Zehn Fälle von seborrhoischem E. zeigten eine besonders günstige Reaction auf eine 10—25%ige Lösung, insofern nicht nur das Jucken schwand, sondern der ganze Process in 8 bis

14 Tagen glatt zur Abheilung gelangte. Während bei 10—12 Fällen von chronischem E. nur der Juckreiz bald ganz verschwand, während der ekzematöse Process als solcher sich nur wenig beeinflusst zeigte, wurde bei sechs bis acht Fällen von subacutem E. in relativ kurzer Zeit vollständige Abheilung beobachtet. In einigen Fällen endlich von ganz acutem (nicht nässendem) E. und zwei Fällen von acuter Dermatitis wurde durch vorsichtige, allmählich von 5—10% aufsteigende Application des Mittels ein überraschend schnelles Abklingen der acut entzündlichen Erscheinungen erzielt. Nie machte das Präparat irgendwelche Reizerscheinungen!

(Dermatolog. Centralblatt December 1906.)

Furunkel. **Zur Localisation des F.** ist eine kurze Mittheilung von Dr. S. Hirsch (Eisgrub) überschrieben. In Folge seiner Localisation am Nabel konnte man den F., der aus dem Nabel als Tumor hervortrat, bei oberflächlicher Betrachtung als Neoplasma oder incarcerirte Hernie ansehen. Ein in der Nähe des Nabels sichtbarer, in Heilung begriffener F. brachte aber sofort auf die richtige diagnostische Fährte, auch ergab die Untersuchung, dass die genannten Affectionen nicht vorlagen, vielmehr Fluctuation zu constatiren war. Der F. perforirte dann spontan, und nach einer Woche hatte der Nabel seine normale Beschaffenheit wiedererlangt.

(Wiener medic. Wochenschrift 1906 No. 36.)

— **Ueber eine neue Anwendungsweise der concentrirten Karbolsäure in der externen Therapie, vor allem bei Bubonen und Furunculose** macht W. Wolff (Medicin. Univers.-Poliklinik Leipzig) Mittheilung. Ueber die Bubonenbehandlung sagt er: „Bei der Behandlung kommt hauptsächlich in Betracht, ob der Bubo noch geschlossen und hart, fluctuirend oder bereits durchgebrochen ist. Die geschlossenen werden zunächst am ersten Tage im Bereich der Schwellung mit einem Anstrich von reiner Karbolsäure versehen, die mittelst eines mit Watte umwickelten Stäbchens in einem etwa 0,5—1 cm breiten Strich einmal aufgetragen wird*). Am andern Tage kann das Verfahren wiederholt und in den nächsten Tagen fortgesetzt werden, bis die

*) „Zur Betupfung benutzen wir eine concentrirte Lösung von Acid. carbolic. crystallisat. (9 Theile) in absolutem oder rectificirtem Alkohol (1 Theil), da diese Lösung der krystallisirten Säure in Alkohol einmal wirksamer ist als Acid. carbolic. per aquam liquefactum, dann aber auch den Vorzug besitzt, nicht wie dieses in erheblicher Weise zu dunkeln“.

Haut anfängt sich abzuschuppen. Dann macht man einige Tage Pause und beginnt die Anstriche von neuem, falls der Bubo noch nicht zurückgegangen ist. Der fluctuirende Bubo wird ebenfalls zwei bis drei Tage bestrichen, am vierten, wenn die Fluctuation nicht geschwunden, eine Incision von etwa 2 cm Länge gemacht, der Eiter abgelassen, die Abscesshöhle mit reiner Karbolsäure ausgestrichen, dann verbunden und jeden zweiten bis dritten Tag das Verfahren wiederholt, bis die Höhle granulirt, dann mit indifferentem Verband (Salbe oder Jodoformgaze) bis zur Abheilung behandelt. Ist der Bubo bereits durchgebrochen, so ist die Behandlung die gleiche wie beim eröffneten.“ Diese Behandlung hatte recht gute Erfolge. Besonders frappant waren diese aber bei der Furunculose. Autor schreibt darüber: „Wir unterscheiden zunächst zwischen unerweichten und mehr oder weniger fluctuirenden Knoten und zwischen kleineren und grösseren. Zur Behandlung der unerweichten kleinen Furunkel genügt eine centrale Betupfung mit Acid. carbolic. per aquam oder, aus den schon vorher genannten Gründen, besser per alcoholem liquefactum. Bei grösseren hat es sich als zweckmässig erwiesen, mit einer feinen Nadel oder Sonde die central gelegenen Haarbälge, bzw. Talgdrüsenöffnungen so tief als möglich zu tuschiren. Ist, wie häufig, ein centraler Canal auffindbar, so wird in denselben so tief als möglich das Medicament mit einem der Dicke des Canals entsprechenden Instrumente hineingebracht. Bei erweichten Knoten benutzt man entweder die natürliche Oeffnung oder legt künstlich, durch einen Einstich, eine solche an, die nicht grösser zu sein braucht, als zum Abfluss des Eiters unbedingt nothwendig ist, und durch die dann die Tuschirung der Höhle — einmal täglich — erfolgt. Meist genügt eine einzige Betupfung, manchmal hat man das Verfahren mehrere Tage hintereinander zu wiederholen, doch haben wir auch bei unseren grössten Furunkeln nicht mehr als zehn Betupfungen gebraucht. Im Allgemeinen kann man sagen, je grösser der Furunkel, desto länger die Behandlung; doch ist es im Interesse einer rascheren Heilung dabei vortheilhafter, die Behandlung dann täglich vorzunehmen, anstatt intermittirend an jedem zweiten oder dritten Tage. Im übrigen besteht die Behandlung darin, dass am ersten und zweiten Tage, namentlich bei erheblicher Schwellung, Umschläge verordnet werden, wozu wir meist die Vörner'sche Lösung verwandt haben (Acidi borici 4,0, Liqu. alum. acet. ad

100,0, die in dieser Zusammensetzung lange Zeit hindurch ohne Niederschlag haltbar ist), worauf eine indifferente Salbe, wie Bor- oder Arg. nitric.-Salbe aufgetragen wird. Pflaster sind nicht so empfehlenswerth, wegen der unter diesen eventuell eintretenden Schwellung, jedoch kann man vielfach auf jeden Verband verzichten. Die ganze Technik, welche zu dieser Behandlung gehört, verursacht keine Schwierigkeiten. Einzig und allein hat man noch darauf zu achten, dass watteumwickelte Stäbchen nicht zu tief einzutauchen, um beim Tuschiren ein Ueberfliessen der Karbolsäure auf das gesunde Gewebe zu vermeiden." Es wurden so ca. 50 Fälle, theils einfache F., theils multiple Furunculose behandelt (auch bei Säuglingen). Gleich günstige Resultate wurden ferner erzielt bei der *Stomatitis aphthosa und ulcerosa (Stomacace)*, wo einfache Betupfungen stattfanden, uud bei *Scrophuloderma* messerscheuen Pat., „die noch *unerweichten* Scrofulodermen werden gleich den Bubonen mehrmals tuschirt, die erweichten werden incidirt, das abgestorbene Gewebe eventuell mit scharfem Löffel entfernt, und nun die Herde, wenn möglich, bis zu acht Tagen hintereinander, täglich einmal mit der concentrirten Karbolsäure — gleich den geöffneten Bubonen und Karbunkeln — tuschirt, hierauf ein indifferenter Salbenverband angelegt, unter dem der Herd je nach seiner Grösse in kürzerer oder längerer Frist glatt abheilt. Die gleiche Methode kommt auch für scrophulöse und tuberculöse Drüsen in Betracht."

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 45.)

Magen- und Darmkatarrhe. **Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter** empfiehlt Dr. P. Sittler (Univ.-Poliklinik f. innere u. Kinderkrankheiten in Strassburg). Derselbe benutzte drei verschiedene Hefepräparate: Levurinose, Levure Adrian (beide in Pulvern zu je 1 g) und Levuretin (in Tabletten von 0,5 g). Das letztere Präparat schien sich am besten zu bewähren (3—4—5 Tabletten pro die, je nach dem Alter); von den beiden anderen wurden 1—2—3 g pro die verabreicht. Die Präparate wurden fast immer anstandslos genommen und gut ertragen. Die meisten Pat. befanden sich im ersten Lebensjahr, das jüngste (mit Erfolg) behandelte Kind war zwei Wochen alt. Das Hefepräparat wurde den (natürlich auch diätetisch behandelten) Kindern fein verrührt in abgekühltem, gesüsstem Thee (oder Zuckerwasser) gegeben. Auffallend war der Erfolg bei den mit starker Fäulniss des Darm-

inhaltes einhergehenden Enteritiden; der schlechte Geruch der Stühle besserte sich fast immer gleichzeitig mit einer Verminderung der Zahl derselben. Aber auch die anderen Enteritiden reagirten meist gut auf Hefe. Bei Gastroenteritis hörte das Brechen prompt auf. In einigen Fällen wurde die Enteritis resp. Gastroenteritis durch Hefe allein zur Heilung gebracht; darunter befanden sich schwere Fälle, die weder auf Calomel, noch auf Wismut, Tannalbin, Darmspülungen etc. reagirt hatten. Später wurden manchmal Hefepräparate daneben ordinirt, und diese Combination hatte Erfolg. Besonders bei hartnäckigen Fällen, aber auch bei leichteren, ist ein Versuch mit Hefe durchaus angezeigt. (Münchener med. Wochenschr. 1906 No. 36.)

— **Bei Icterus catarrhalis,** schreibt Dr. Heermann (Posen), hat sich der Genuss von *Butter* als oft überraschend wirksam gezeigt. Und zwar wird davon einmal täglich eine grössere Menge — soviel der Pat. ohne Widerwillen geniessen kann — auf wenig Brödchen oder Zwieback genommen, ausserdem Salzsäure. Karlsbader Salz oder sonstige Abführmitttel sind meistens unnöthig. Die Gelbfärbung pflegt nach einigen Tagen verschwunden zu sein. Magenbeschwerden wurden nicht beobachtet. (Therap. Monatshefte, Septemb. 1906.)

— **Eine neue Reaction auf freier Salzsäure im Mageninhalte** giebt Dr. Fr. Simon an. Er schreibt: „Vornehmlich die Fähigkeit der salpetrigen Säure, alkoholische Guajacharzlösungen zu bläuen, lässt sich benutzen, um in einfacher und prägnanter Weise geringe Mengen freier Säuren, besonders minimale Quantitäten freier Salzsäure im Mageninhalte nachzuweisen. Zu diesem Behufe löst man zunächst eine kleine Messerspitze reinen*), trockenen, gepulverten Guajacharzes in etwa 5 ccm der folgenden Mischung**):

Spiritus Aetheris nitrosi 10,0
Spiritus vini . . . . 40,0.

Einige Cubikcentimeter dieser (für eine Serie von Reactionen immer frisch zu bereitenden) Lösung schichtet man in einem Reagenzglase über etwa 5 ccm des filtrirten

*) Das für die Reaction zu verwendende Guajacharz muss selbstverständlich noch ungebläut sein. Da eine Bläuung des Harzes schon bei diffusem Tageslicht in kurzer Zeit einzutreten pflegt, empfiehlt es sich, das Präparat nur im dunklen Glase aufzubewahren.

**) Die Mischung kann aus jeder Apotheke bezogen und für einige Zeit vorräthig gehalten werden.

Mageninhaltes. An der Grenze beider Flüssigkeiten bildet sich durch Ausfällung des Harzes sofort ein grauweisser Ring, der — bei positivem Ausfall der Probe, d. h. bei Anwesenheit freier Salzsäure — nach einigen Secunden eine deutlich blaue (bei minimalen Salzsäuremengen deutlich grüne) Färbung annimmt. Vorsichtiges Erwärmen des Glases über kleiner Flamme beschleunigt das Auftreten der Blaufärbung, ist aber nur ganz ausnahmsweise erforderlich. Der Ablauf der Reaction vollzieht sich so, dass die freie Salzsäure des Mageninhaltes zunächst aus dem im Spiritus Aetheris nitrosi enthaltenen Aethylnitrit ($C_2H_5NO_2$) salpetrige Säure freimacht, die dann ihrerseits das Guajacharz zu blauem Guajaconsäureozonid oxydirt. Allerdings sind auch organische Säuren und besonders Milchsäure im Stande, aus Aethylnitrit salpetrige Säure abzuscheiden und so einen positiven Ausfall der Probe zu bewirken — aber erst bei einem Milchsäuregehalt von über 1,25 %. Da aber so hohe Concentrationen von Milchsäure im Mageninhalte nicht vorkommen können, muss ein positiver Ausfall der Reaction (d. h. deutliche Blaufärbung, bzw. Grünfärbung des Harzringes) bei Mageninhaltsuntersuchungen stets auf Anwesenheit freier Salzsäure bezogen werden. Die Empfindlichkeit der Reaction gegen freie Salzsäure reicht für die gewöhnlichen Aufgaben der klinischen Diagnostik völlig aus und steht der unserer besten Salzsäureproben in keiner Weise nach. Mageninhaltsfiltrate, bei denen die Günzburg'sche Reaction gerade noch schwach angedeutet war, ergaben einen deutlich positiven Ausfall der neuen Reaction."

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 44.)

Otitis. **Die conservative Behandlung der chronischen Mittelohreiterung und die Formalinpräparate** bespricht Dr. R. Spira. Er hält nur da die Operation für gerechtfertigt, wo wirklich positive gefahrdrohende Erscheinungen oder auch ausgebreitet cariöse oder necrotische Veränderungen, oder auch beunruhigende Allgemeinerscheinungen vorhanden sind; ist dies nicht der Fall, so kann man sich, zumal wenn Pat. unter fortwährender ärztlicher Beobachtung steht, Zeit lassen und conservativ behandeln. Autor wendet da mit bestem Erfolg Formalin in verschiedener Form an:

1. Zu Einspritzungen in der von Lucae empfohlenen Form: 15—20 Tropfen in 1 Liter Wasser werden bei allen Arten chronischer Ohreiterung benutzt.

2. Zu Instillationen 1—2%ige Lösung, die aber nur kurze Zeit im Ohr zu belassen ist, da sie meist Brennen verursacht. Bei sehr zähem Secret und bei Desquamation im Mittelohr ist eine Mischung dieser Lösung mit gleichen Theilen 6%iger Perhydrollösung zu empfehlen.
3. Zur Tamponade mit in 1—2%ige Lösung getauchte Wattebäuschchen. In Fällen mit grosser Trommelfellperforation und leicht zugänglicher Paukenhöhle pflegte Autor letztere mit kleinen Wattestückchen auszutamponiren. Aber die Feuchtigkeit wirkte oft nicht günstig, und so tamponirt Autor jetzt mit 2%iger Formangaze, die ausgezeichnet wirkt.

(Die Heilkunde, Juli 1906.)

— **Die Milchsäure in der Otiatrie** empfiehlt aufs Neue Dr. V. Lange (Kopenhagen). Seit 20 Jahren wendet er dieselbe mit Erfolg bei der *chronischen eitrigen Mittelohrentzündung* an, in schwachen Lösungen bis zur concentrirten Milchsäure. Von ersteren darf man natürlich keine bedeutende Wirkung erwarten, wo es sich um hypertrophische Zustände handelt. Ein jedes Aetzmittel ruft einen gewissen Schmerz hervor; bei Milchsäure ist derselbe mässig und bald vorübergehend. Milchsäure reizt auch nur wenig; auch bei concentrirter bleibt meist eine stärkere Reaction aus, und gewöhnlich kann man sie täglich benutzen. Es ist eine Thatsache, dass der Behandlung einer chronischen Mittelohrentzündung durch irgend ein adstringirendes oder ätzendes Mittel in der Mehrzahl der Fälle eine Reaction, und zwar in Form einer Gehörgangsentzündung folgt; eine solche bleibt gewöhnlich aus, wenn man von Anfang an die concentrirte Milchsäure vermeidet. und wenn Pat. keine besondere Reizbarkeit besitzt. Es nimmt dann die Secretion in der Regel rasch ab, event. vorhandener Geruch verliert sich schnell.

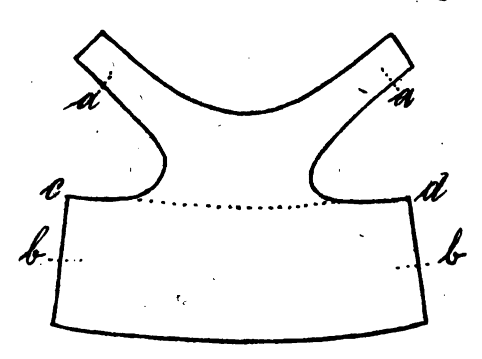
(Therap. Monatshefte, December 1906.)

Pneumonie. **Zur Hydrotherapie der P.** giebt Dr. Arthur Sonnenschein (Liebau) die Proceduren an, die sich ihm in der landärztlichen Praxis am besten bewährt haben. Bei *Kindern* sind das kühle Bäder (18—24° C. entsprechend der Höhe des Fiebers) mit kühlen Uebergiessungen des Nackens und Rückens. Nach dem Bade eine Zeit lang Ruhe, dann kühle Einwickelung alle ½—1 Stunde (je nach Stärke des Fiebers). Gewöhnlich kam Autor mit

vier Bädern aus, manchmal sind sechs nöthig. Bei *kräftigen Pat. des mittleren Lebensalters* empfiehlt Autor Abreibungen des ganzen Körpers mit in kaltes Wasser getauchten Laken, stündlich ausgeführt, bei *alten, schwächlichen* Pat. kalte Umschläge. Ueber die medicamentöse Therapie sagt Autor nichts Näheres, nur dass er gern im Stadium der Abschuppung Inf. fol. Digital. ordinirt, da hier die grösste Gefahr vom Herzen ausgeht.

(Wiener med. Presse 1906 No. 42.)

— **Zur Behandlung der croupösen P.** empfiehlt Stabsart Dr. P. Schihold (Dresden) die *„nasse Weste“*, über die er folgende Angaben macht: „Der Kranke liegt im Bett völlig entkleidet auf einer wollenen Decke. Unter leichtem Heben des Rumpfes, wobei Hinterkopf und Füsse als Stützpunkt dienen, wird unter den Rücken ein nasser Umschlag von besonderer Form und Beschaffenheit geschoben; bei Schwerbesinnlichen, beziehungsweise schwachen Kranken geschieht das Heben durch eine Person, die ihn im Becken etwas hebt, während der andere Wärter den Umschlag unter dem Rücken durchschiebt. Der Umschlag selbst ist



in Form einer Weste gestaltet, dessen Schultertheil vorn durchschnitten und verlängert ist, sodass sich etwa obige Gestalt ergiebt. Sie besteht aus 4—5 Lagen Leinewand. Vor dem Anlegen wird sie in Wasser von + 12 bis 15° C. getaucht, soweit ausgewunden, dass sie nicht mehr abtropft, und in der oben angegebenen Weise untergeschoben, nachdem der oberhalb der punktirten Linie (c—d) gelegene Theil zurück nach hinten umgeschlagen ist. Liegt der Rückentheil richtig, werden während des Niederlegens des Kranken die umgeschlagenen Theile hervorgezogen, die langen schmalen Enden (a, a) über die Schulter, die beiden Enden (b, b) um die Brust gelegt. Schliesslich wird der Kranke in die wollene Decke, auf der er liegt, soweit eingehüllt, dass nur der Kopf und die Arme frei bleiben; über letztere kommt dann das gewöhnliche Deckbett.

Nach etwa 15 Minuten wird der Umschlag bei geringem Erheben des Rückens wieder abgenommen und der Kranke wieder in die wollene Decke eingewickelt; nach etwa 45 Minuten wird die Procedur wiederholt. Auch während der Nacht wird der Umschlag in der angegebenen Weise angewendet, so lange der Kranke nicht schläft. Während des Schlafes lasse ich ihn so liegen, wie er eingeschlafen ist, geschieht dies mit dem Umschlage, so ist nur darauf zu achten, dass er überall gut in die Decke eingehüllt ist; der Umschlag vertritt dann gewissermaassen den Priessnitzumschlag. Natürlich lässt sich der Umschlag, den ich nach seiner Form und Anwendungsweise die „nasse Weste" nenne, durch ein grösseres mehrfach zusammengefaltetes Tuch um die Brust und ein stolaartig um die Schultern gelegtes schmäleres improvisiren*)". Autor hat etwa 200 Fälle (Soldaten) mit bestem Erfolge so behandelt. Zunächst fiel in allen Fällen eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens auf: die Athmung wurde freier, tiefer, das Stechen liess nach, die Apathie wurde besser, die Pat. empfanden eine hervorragende Erleichterung. Die Expectoration wurde erleichtert, die Herzthätigkeit merklich gehoben. Der Einfluss auf die Temperatur ist ein eigenartiger. Das Fieber wird nicht etwa momentan herabgedrückt, aber der sonst kritische Abfall wird ein verzögerter, lytischer und tritt weit früher ein, in der Mehrzahl der Fälle schon am dritten, seltener erst am vierten Tage. Endlich wurde die Mortalität wesentlich herabgesetzt. Auch bei einigen Frauen und älteren Kindern wandte Autor sein Verfahren an, und zwar mit ebenso gutem Erfolge. Bei älteren Leuten, namentlich Arteriosklerotikern und Myocarditikern ist es contraindicirt. Nichts leistet es bei katarrhalischer, biliöser, Influenza- und Streptokokken-Pneumonie.

(Medicin. Klinik 1906 No. 44.)

— **Ueber Digalen (Digitoxin. solubile Cloetta)** theilt Dr. E. Veiel (Allg. städt. Krankenhaus Nürnberg) seine Erfahrungen mit. Es waren 14 Fälle, meist Pat., denen das Präparat intravenös applicirt wurde. Sieben Mal erfolgte Pulsherabsetzung. Anhaltende allgemeine Besserung in acht Fällen, vorübergehend einmal. Der Erfolg des Digalens war in einzelnen Fällen völlig überraschend. Vorher hochgradigste

*) Die Verbandstofffabrik von August Hassler-Chemnitz fertigt den Umschlag in der angegebenen Weise in verschiedenen Grössen an.

Cyanose, Benommenheit oder, wo letztere nicht vorhanden, Angina pectoris, nachher mit einem Schlage Wohlbefinden. Bei den Misserfolgen handelte es sich einmal um allgemeine Enge des ganzen Aortensystems, einmal um eine P., die fast alle Lappen ergriffen hatte, zwei Mal um durch Alkohol und Emphysem schon lange stark in Anspruch genommene Herzen. Diese Fälle waren also von vornherein nicht sehr hoffnungsvoll. Es wurden meist 5 ccm eingespritzt, doch erzielte man auch schon mit kleineren Dosen (1 ccm) manchmal schöne Erfolge. Eine interessante Beobachtung wurde in einem Falle von P. gemacht. Um 2 Uhr Nachmittags wurden 5 ccm Digalen applicirt, um 6 Uhr 30 Minuten setzte die Krise ein. Wie bekannt, alterirt Digitalis, als Infus oder Pulver unmittelbar vor der Krise gegeben, das Herz in hohem Maasse; man kann dann in der Krise Pulsfrequenzen von 30 bekommen. Bei Digalen ist die Gefahr offenbar geringer, wohl dadurch, dass die Wirkung rasch einsetzt, aber durch Elimination des Mittels rasch wieder verschwindet. Autor schliesst: Bei acuten Herzschwächen ist Digalen, intravenös verabreicht, ein hoch einzuschätzendes Mittel, dessen Anwendung nicht verabsäumt werden sollte. Es hat zudem den grossen Vorzug, dass es bei Infectionskrankheiten unmittelbar vor der Krise gegeben werden kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 44.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ist es berechtigt, bei Gefährdung der Sehkraft durch Schwangerschaft die Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder eines Abortus zu verlangen? Diese Frage bejaht Dr. Th. Germann auf das Entschiedenste und giebt aus seiner Praxis einige Beispiele, welche zeigen, welche bösen Folgen entstehen, wenn Augenaffectionen, welche durch die Gravidität bewirkt werden, als Indication zur Beendigung derselben nicht angesehen werden. Zuerst führt er vier Fälle von schwerer Hornhauterkrankung an und sagt: „In diesen Fällen handelt es sich immer um hochgradige anämische und in sehr reducirtem Ernährungszustande befindliche Frauen, überwiegend solchen, welche bereits mehrfach geboren haben. Das Hornhautleiden beginnt während der letzten Schwangerschaftsmonate; die schweren Fälle sind einer Therapie absolut unzugänglich, und Verheilung tritt erst nach der Geburt oder gar erst nach dem Absetzen des Säuglings ein.

Der Endausgang ist eine totale oder teilweise Hornhautnarbe — Leukoma — oder gar eine Phthisis bulbi anterior. Wenn nicht totale Erblindung, so ist eine hochgradige Schädigung der Sehkraft die unausbleibliche Folge dieser Erkrankung.

Das Hornhautleiden beginnt immer im Centrum der Hornhaut, allwo zunächst eine runde epitheliale Trübung entsteht. Intelligente Pat. suchen bereits zu dieser Zeit Hilfe auf. Weiter bildet sich an der trüben Hornhautstelle ein Defect, der sich rasch in die Tiefe und in die Peripherie ausbreitet, und schliesslich kommt es zum Durchbruch des Geschwürsbodens, das Kammerwasser fliesst ab, und die Regenbogenhaut liegt entblösst vor. Mit dem Durchbruch tritt meist Stillstand des Hornhautzerfalles ein, das bis dahin entstandene Geschwür will aber nicht heilen. Oefters schreitet der Hornhautzerfall aber auch nach der Perforation weiter fort und kann es zum Einschmelzen der gesammten Hornhaut und zum Ausstossen der Linse kommen. Sehr auffällig und charakteristisch ist das Missverhältnis zwischen der Schwere des Augenleidens und der sichtbaren Reaction. Diese erkrankten Augen werden ohne Beschwerden offen gehalten, es besteht keine Lichtscheu, die Injection ist sehr gering. Ein leichtes Oedem sitzt unter der Bindehaut des Augapfels, giebt ihm ein gläsernes todtes Aussehen, und nur einzelne stärker gefüllte Gefässe schimmern durch im bläulichrothen Farbenton. Eine deutliche ciliare und conjunctivale Injection, welche unter anderen Umständen nebst heftiger Lichtscheu und Thränenfluss nie fehlt bei geschwürigen Erkrankungen der Hornhaut — fehlt hier fast vollständig. Die Reflexempfindlichkeit bei Berührung der Hornhautreste ist stark herabgesetzt. Nie wird über Schmerzen geklagt. Einzig das Schwinden der Sehkraft beunruhigt die Patienten. Es ist genau das Bild, welches der Keratitis progressiva ulcerosa ex inanitione entspricht und nach schweren Blutverlusten, bei chronischen Eiterungen, nach Typhus, Cholera, chronischen Darmkatarrhen, bei Kachexien etc. beobachtet wird." Wäre bei diesen Pat. rechtzeitig geburtshülflich eingegriffen worden, so waren die Augen gerettet. Hornhautleiden verlaufen bei schwangeren und stillenden Frauen immer sehr langsam, und sind die Pat. noch ungenügend ernährt, dann geht es ohne hochgradige Schädigung der Sehkraft nie ab. Die Schwangerschaft behindert aber meist alle Bestrebungen, den Ernährungszustand zu heben, und erst nach dem Aufhören

der Schwangerschaft ändert sich die Situation. Sodann berichtet Autor von je einem Falle von Neuritis optica und Retinitis albuminurica, wo ebenfalls die Augen zu retten gewesen wären, hätte man rechtzeitig die Gravidität unterbrochen. Die Gefährdung der Sehkraft muss eben als eine sehr ernste Indication zur Einleitung des Abortus oder der Frühgeburt angesehen werden, das Kind ist hier entschieden zu opfern!

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1906 No. 36.)

— **Tuberculose und Schwangerschaft.** Ueber dies Thema gab Prof. J. Veit (Halle) seine Erfahrungen zum Besten, aus denen er dann folgende Schlüsse zog: „Die Ansicht, dass die Schwangerschaft für eine Tuberculöse stets als eine sehr schwere oder sicher im Wochenbett zum Tode führende Complication anzusehen ist, trifft nicht zu. Die Einleitung des künstlichen Abortus ist niemals angezeigt, wenn die tuberculöse Schwangere eine regelmässige Gewichtszunahme zeigt. Ebensowenig ist dieser Eingriff angezeigt, wenn die Schwangere regelmässig abnimmt, dann nützt man damit nichts mehr. Findet die Zunahme in unregelmässiger oder ungenügender Höhe statt, so ist die Schwangere gefährdet; hier ist die Einleitung des Abortus als Heilmittel zu versuchen. Besondere Formen der Tuberculose, insbesondere Complicationen, z. B. das Erbrechen, verlangen an sich keine andere Indicationsstellung. Fieberhafte Processe, die durch Tuberculose bedingt werden, bleiben in der Indicationsstellung noch discutabel. Wird also eine Tuberculöse schwanger, so soll man sie genau beobachten. Braucht man den Abortus nicht einzuleiten, so hat die Behandlung in nichts abzuweichen von der, wie man die nichtschwangeren Tuberculösen behandelt; nur ist eine besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit geboten. Nicht die Tuberculose als solche, sondern nur das Verhalten der Schwangeren entscheidet die Indicationsstellung. Ebensowenig verlangen bestimmte Formen der Tuberculose ein Einschreiten; der Einfluss, den die Schwangerschaft auf das Gewicht der Tuberculösen ausübt, ist hierfür von Wichtigkeit.

(78. Naturforscherversammlung. — Die Therapie der Gegenwart, Nov. 1906.)

— **Ueber einen günstig verlaufenen Fall von Hydramnios und Lungenembolie am 24. Tage post partum** berichtet Priv.-Doz. Dr. Eg. v. Braun-Fernwald (Wien). An der Beobachtung waren besonders zwei Momente merkwürdig:

das verspätete Eintreten der Embolie am 24. Tage im Verlaufe eines afebrilen Wochenbettes und der Ausgang in Heilung. Die Complication einer Lungenembolie ist bei nicht septischen Frauen nach der zweiten Woche kaum mehr zu erwarten; hier verzögerte sie sich nach spontaner Geburt und fieberlosem Verlaufe um volle 24 Tage. Eine Erklärung für das lange Intervall zwischen dem Geburtstrauma und der Embolie ist schwer zu geben. Der Kausalnexus zwischen dem Hydramnios und der Lungencomplication steht wohl ausser jedem Zweifel. Der durch die grosse Wassermasse (6 bis 7 Liter) mächtig ausgedehnte Uterus blieb unter dem Einflusse der verzögerten Geburt lange genug dilatirt, dass es mit Leichtigkeit zu einer Thrombose einer Uterinvene kommen konnte, von der sich im weiteren Verlaufe ein Embolus loslöste und in den rechten unteren Lungenlappen gelangte. Vielleicht hat auch die durch den starken Hochstand des Zwerchfelles bewirkte, lange dauernde Compression der Lungen während der Schwangerschaft die Widerstandsfähigkeit derselben herabgesetzt und die Etablirung eines embolischen Infarktes begünstigt. Dass der stark dilatirte Uterus auf das Zwerchfell und die Atmungsorgane in den letzten Monaten der Gravidität gedrückt hat, scheint auch aus den bronchitischen Erscheinungen zu jener Zeit hervorzugehen. Bemerkenswerth ist, dass eine Herz- oder Gefässalteration nicht bestand. Der günstige Ausgang — eine Rarität an sich — ist um so interessanter, als es sich um einen sehr schweren Fall mit hochgradigen Collapserscheinungen handelte. Man wird demnach in Zukunft die Prognose derartiger Fälle nicht absolut ungünstig stellen müssen und kann sich von einer sofort eingeleiteten analeptischen Behandlung immerhin einen möglichen Erfolg versprechen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 43.)

Struma. **Ein Kropftod ohne Prodromalerscheinungen.** Einen solchen Fall schildert Regimentsarzt Dr. J. Tokarski (Przemysl). Eines Abends 10 Uhr starb plötzlich ein 22j. Kanonier. Er war bisher stets gesund gewesen und hatte den Dienst versehen. An dem Abend hatte er sich munter um 9 Uhr ins Bett gelegt, schlief, begann aber um 10 Uhr zu röcheln und verschied nach wenigen Augenblicken unter heftigen Convulsionen. Sectionsbefund: Schilddrüse dreilappig und hyperplastisch fibrös vergrössert; der Mittellappen insbesondere ca. 5 cm breit, aber kaum 2 cm dick, die Seitenhörner verschmälern sich symmetrisch

und umgreifen ca. zweifingerbreit bis auf ½ cm die Luftröhre, welche unter der S. wie ein häutiger Schlauch sich anfühlt und vollkommenen Schwund der oberen Trachealringe zeigt. Schleimhaut hier gelockert, hyperämisch und schleimig belegt. Das Lumen der Trachea an dieser Stelle durch den vortretenden Wulst schlitzförmig gestaltet. Die ganze Todesart, sowie der Sectionsbefund (auch dunkle flüssige Beschaffenheit des Blutes) zeigte, dass es sich um Erstickung gehandelt hatte, d. h. mechanischen Verschluss der im oberen Theile ihrer Knorpelstütze verlustig gewordenen Luftröhre durch den sie ringförmig umfassenden, wenn auch verhältnismässig recht kleinen Kropf. Eine Schleimflocke dürfte einen Hustenstoss ausgelöst haben, unter erfolglosen Expectorationsversuchen steigerte sich im Schlafe der Reizzustand und bewirkte eine acute Hyperaemie und Exsudation der catarrhalisch affizirten Trachealschleimhaut, gleichzeitig Stauung und Contraction der Schilddrüse. Diese Veränderungen bedingten eine Volumszunahme und letztere kann im Verein mit einem gleichzeitigen Krampf der vorderen Halsmuskeln den ohnehin schon engen Schlitz in der Trachea in einigen Secunden ganz geschlossen haben. Der Fall ist noch dadurch bemerkenswerth, dass von aussen von S. nichts zu sehen war und nie Beschwerden sich bemerkbar gemacht hatten, trotzdem die inneren Veränderungen soweit fortgeschritten waren.

(Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 43.)

— **Strumabehandlung mit Jothion** empfiehlt Dr. L. Haagner (Spital der Elisabethinerinnen in Graz), nachdem er 7 Fälle von folliculärer St. erfolgreich damit behandelt. Jothion zeichnet sich durch grosse und rasche Resorbirbarkeit aus und bringt nicht die Unannehmlichkeiten der anderen Jodide. Man applicirt (nur leicht verschmierend oder einfach aufpinselnd) am besten folgende Salbe:

Rp. Jothion. 10,0
Lanolin. anhydr. 6,0
Vaselin. americ. flav. 4,0.

Doch kann man eventl. auch reines Jothion oder Jothion mit Olivenöl (oder besser Vasogen) āā aufpinseln (ebenso wie von der Salbe bei 50%igem Gemisch 4—5 g, bei reinem Jothion 2—3 ccm). Die Applicationsstelle lässt man einige Zeit unbedeckt, bis die Resorption, die sehr rasch erfolgt, eintritt. Am besten erfolgt die Application Abends vor dem Schlafengehen.

(Wiener med. Presse 1906 No. 46.)

Tuberculose. Ueber die Verwerthbarkeit des Jatrevin in der Therapie der T. berichtet Dr. J. Munter (Berlin). Jatrevin, eine klare, aromatisch riechende, in Alkohol leicht lösliche Flüssigkeit, ist ein Condensationsprodukt von Menthakampfer und Isobutylphenol. Die antibacterielle Wirkung des Präparates ist nach angestellten Untersuchungen in zerstäubtem Zustande eine derartige, dass bei einer 30 bis 40 Minuten dauernden Zerstäubung einer $3\,^1/_2\,^0/_0$igen wässrigen Lösung Kulturen von Diphtherie- und Tuberkelbacillen abgetödtet werden. Behandelt wurden 10 Pat. mit Spitzenkatarrhen oder vorgeschrittener T. Die Application des Jatrevins in concentrirter Form fügte keinem Pat. Schaden zu. Die Sitzungen dauerten anfangs 10 Minuten, da sich während der Inhalation starker Hustenreiz und Secretion einstellte. Da dies aber bald gänzlich nachliess, so wurden die Sitzungen allmählich auf $^3/_4$—1 Stunde verlängert und fanden täglich zweimal statt. Stets stellte sich Besserung des Allgemeinbefindens und Steigerung des Appetits ein; Nachtschweisse, Fieber, Husten hörten in kurzer Zeit auf. Bei allen Fällen von Spitzenkatarrhen waren am Schlusse der Behandlung sämmtliche objectiven Zeichen geschwunden, fast stets Gewichtszunahme und Arbeitsfähigkeit. Auch bei vorgeschrittenen Fällen machte sich die Besserung sehr wohl bemerkbar. (Medicin. Klinik 1906 No. 42.)

— **Kampfer in der Behandlung der Lungenschwindsucht,** vermag, wie Versuche von Dr. W. Koch (Freiburg i. B.) zeigen, Erspriessliches zu leisten. Autor benutzte *Praevalidin,* und zwar so, dass bei jeder Application dem Körper 0,49 Kampfer durch Einreibung zugeführt wurde. Die Zinntuben enthalten 20 g, in 5 Theile getheilt; es werden am 1. Tage Rücken, am 2. und 3. die Arme, am 4. und 5. die Oberschenkel solange eingerieben, bis man nichts mehr von der Salbe sieht. Praevalidin erwies sich als schätzbares Adjuvans bei der Behandlung der Lungentuberculose. Die Wirkung sucht Autor hauptsächlich in der Kräftigung des Herzens und in der Beförderung der Expectoration; auch die Nachtschweisse, Fieber, Schlaflosigkeit schwinden dann rasch, der Appetit hebt sich. (Aerztl. Rundschau 1906 No. 42.)

— **Das Serum Marmorek bei Lungentuberkulose** hat Dr. G. Mann (städt. Krankenhaus Triest) bei 23 Fällen (nicht schweren!) per rectum angewandt. Die Resultate waren durchaus negativ, ja es machte öfters den Eindruck, als ob die Therapie direct zur Propagation des Processes beigetragen hätte. (Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 42.)

— **Ueber 5 mit Marmorek's Antituberculoseserum behandelte Fälle** berichtet Dr. L. Steinsberg (Wien). Obwohl die Pat. sich absolut nicht schonen konnten, anstrengend thätig waren und nicht in besonders guten Verhältnissen lebten, machte sich doch bei 4 Fällen eine ganz bedeutende Besserung geltend. Autor räth, täglich durch ein möglichst tief in den Mastdarm eingeführtes Rohr je nach Schwere der Erscheinungen 5—10—15 ccm (mit physiol. Kochsalzlösung verdünnt) einzuspritzen, und zwar 15 Tage lang, dann 5—10 Tage zu pausiren und dann solange ebenso fortzufahren, als es die Erscheinungen erfordern.

(Wiener med. Presse 1906 No. 41.)

— Ueber **T. der Mamma** lässt sich Dr. Geissler (Städt. Krankenhaus am Urban in Berlin) aus und berichtet über drei Beobachtungen. Alle drei Fälle betrafen ältere Frauen, ein Zeichen dafür, dass Gravidität und Lactation keinen Einfluss auf die Entstehung des Leidens ausüben. Dasselbe tritt nicht vor der Pubertät auf, am häufigsten ist sie im dritten bis fünften Decennium. Männer werden ausserordentlich selten befallen. Die Affection tritt in zwei Hauptformen auf: als kalter Abscess und als disseminirte T. Im ersten Fall ist die Brustdrüse vergrössert, man fühlt eine prall elastische Geschwulst, welche an den oberflächlichen Parthien fluctuirt. Durch fortschreitende Einschmelzung des Drüsengewebes dringt der Abscess gegen die Haut hin vor, diese wird immer dünner, bekommt ein bläuliches Aussehen und bricht schliesslich durch, es bildet sich ein Fistelgang, aus welchem sich dünnflüssiger Eiter, mit krümeligen Massen untermischt, entleert. Die den Abscess auskleidende Wand stellt eine dicke, grauröthliche, mit miliaren Tuberkeln besetzte Membrane vor, abgegrenzt gegen das Drüsengewebe durch eine mässig dicke, bindegewebige Kapsel. Sind mehrere Knoten im Stadium der Verkäsung vorhanden, so bilden sich zwischen ihnen Verbindungsgänge, Fisteln aus (confluirende Form). Bei der disseminirten Form fühlt man in der auf ihrer Unterlage verschieblichen Drüse einen oder mehrere derbe Knoten. Die Drüse ist wenig oder gar nicht vergrössert, die Warze gewöhnlich eingezogen. Gleichzeitige Erkrankung der Brustdrüse an Carcinom und der zugehörigen Lymphdrüsen an T. ist mehrfach beobachtet, gleichzeitige Erkrankung der Brustdrüse an Carcinom und T. weit seltener. Die häufigste Verwechselung an der Brustdrüse wird wohl die zwischen T. und Carcinom sein, besonders in den Fällen,

wo eine Einziehung der Mammille stattgefunden hat. Auch im dritten Falle des Autors war die Brustdrüse operirt worden, weil der Chirurg ein Carcinom vermuthet hatte. Die mikroskopische Untersuchung bringt Klarheit. Eine Verwechselung der abscedirenden tuberculösen Mastitis mit einem geschwürig zerfallenden Krebs wird wohl kaum vorkommen, da bei diesen vorgeschrittenen Formen der carcinomatösen Erkrankung in fast allen Fällen schon deutliche Secundärerscheinungen vorhanden sind, und sich beim Carcinom niemals Fistelgänge bilden. Da das Sarcom manchmal lange Zeit klein und abgekapselt bleiben kann, ist die Verwechslung mit solchen Knoten möglich, solange nicht mikroskopisch untersucht ist. Aehnlich bei Fibromyom, Chondrom und Osteom, während sich Lipome, Myxome, Angiome durch ihre Weichheit auszeichnen. Gegen Verwechselung mit Cysten und Echinokokken schützt bei der abscedirenden Form der T. die Probepunction. Schwer ist die Unterscheidung von Mastitis chronica cystica und tuberculosa; die cystischen Gebilde mit dem benachbarten indurirten Gewebe stellen deutliche Knoten vor, sodass sich bei der Palpation leicht der Gedanke an die disseminirte Form der T. aufdrängt. Actinomykose der Brustdrüse ist äusserst selten. Solange noch die brettharte Infiltration mit centraler Erweichung vorhanden ist, kann eine Verwechslung mit einem tuberculösen Solitärknoten vorkommen; ist aber ein Durchbruch der eingeschmolzenen Infiltration durch die Haut erfolgt, dann lassen die charakteristischen Absonderungen keinen Zweifel mehr zu. Sehr schwierig kann sich die Differentialdiagnose zwischen T. und Syphilis gestalten. Letztere tritt auch in zwei Formen auf: als diffuse Infiltration und als gummöse Mastitis, bei der sich in der Mamma Knoten entwickeln. Die erste Form ist der disseminirten der T. bei der Palpation sehr ähnlich. Der andersartige Verlauf, die oft spontane Heilung und die Reaction auf specifische Mittel werden auf den Charakter der Krankheit hinweisen. Sind Gummata vorhanden, so kann, wenn sie noch sehr klein sind, der Gedanke an disseminirte T. leicht aufkommen, während man bei grösseren Knoten, bei denen bereits centrale Erweichung eingetreten ist, an die abscedirende Form denken wird. Kommt es zum Durchbruch durch die geröthete und verdünnte Haut, so leiten das hervortretende schmutziggraue, gummiartige Secret und das Fehlen der charakteristischen, schlaffen tuberculösen Granulationen auf die richtige Diagnose hin. Natürlich wird man auch den

ganzen Körper nach Zeichen von Syphilis resp. T. absuchen. Knoten der Mamma vor der Pubertät sind immer syphilitischer Natur. Mit der acuten Mastitis mit ihrem scharf umgrenzten Krankheitsbild und mit ihrem fast stets dem Puerperium angehörenden Auftreten dürfte wohl nur dann eine Verwechslung mit T. möglich sein, wenn es sich um die abscedirende, gerade vor dem Durchbruch stehende Form handelt. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 44.)

Tumoren. **Ueber das Chlorom des Schädels, ein typisches Krankheitsbild,** lässt sich Dr. C. Pfeiffer (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) aus. Das Chlorom ist eine recht seltene Geschwulstform; bisher waren nur 41 Fälle bekannt, die, mit Ausnahme eines einzigen, erst auf dem Sectionstische diagnosticirt wurden. Und doch ist es gar nicht so schwer, das Chlorom in vivo zu erkennen, da ein umschriebener Symptomencomplex bei bestimmtem Sitz der Geschwulst das Krankheitsbild scharf präcisirt. Das Chlorom entwickelt sich — ausgehend vom Periost oder dem Knochenmark — an resp. in den Knochen des Schädels, dem Sternum, den Rippen und der Wirbelsäule und erzeugt hier gelbgrüne, bisweilen grasgrüne flache Tumoren; manchmal finden sich gleichzeitig oder seltener allein, d. h. ohne Betheiligung des Sceletts, die Lymphdrüsen, Tonsillen, Thymus erkrankt, oder es sind einzelne Stellen innerer Organe von den Tumoren durchsetzt (Leber. Nieren, Milz, seltener Mamma, Ovarien, Prostata, Nebenhoden, Lungen, Herzbeutel, Epiglottis, Harnblase etc.) Der häufigste primäre Sitz aber ist der an den Knochen des Schädels, insbesondere seiner Nebenhöhlen, und diese Fälle sind es, die klinisch ein prägnantes Bild ergeben. Dasselbe trat auch bei dem vom Autor beobachteten Falle, der ein vierjähriges Kind betraf, in charakteristischer Weise hervor. Autor schickt der Beschreibung eine Epikrise nach, aus der wir folgende Abschnitte herausgreifen: „Betrachten wir den klinischen Verlauf des Falles epikritisch, so hatte sich bei einem 4jährigen Jungen ein Krankheitsbild entwickelt, das mit Ohreiterung und zunehmender Taubheit auf dem rechten Ohr begann, den Jungen deshalb zuerst zum Ohrenarzt führte, und an das sich in kurzem hochgradiger symmetrischer Exophthalmus mit Chemosis und schweren Sehstörungen zuerst links, dann rechts anschloss und bei dem besonders die starke Druckschmerzhaftigkeit der Bulbi auffiel. In Kurzem entwickelte sich hochgradige Blässe, es kam in Folge der Anaemie zu

Blutungen in die Netzhaut beiderseits, und unter auffallender Apathie und grosser Reizbarkeit des Kindes entwickelten sich Drüsen an beiden Kieferwinkeln, Schwellungen der Schläfengegend beiderseits, und nach kaum viermonatlichem Kranksein trat unter zunehmendem Marasmus der Tod ein, nachdem eine probeweise ausgeführte Eröffnung des Schädels zu keinem Resultate geführt hatte. Erst die Section zeigte als Ursache des Exophthalmus graugrüne T. im retrobulbären Gewebe, sie zeigte graugrüne flache Geschwülste in der Dura entlang den grossen Blutleitern, ähnliche Neubildungen vor der Brustwirbelsäule, am Sternum, und als Endursache des ganzen Processes eine ausgedehnte Durchsetzung des ganzen rechten Felsenbeins und Magenfortsatzes mit Chloromgewebe, an das sich eine chloromatöse Veränderung der linken Tonsille, der Drüsen an beiden Halsseiten, im Mediastinum und die Entwickelung umschriebener Chloromherdchen in Leber und beiden Nieren angeschlossen hatte. Im Vordergrunde des klinischen Bildes stand demnach der räthselhafte schmerzhafte beiderseitige Exophthalmus mit fast völliger Erblinduug, die Taubheit auf dem rechten Ohr, die Schwellung an den Schläfenbeinen, die Schwellung der Drüsen an beiden Kieferwinkeln und vor allem die hochgradige Blässe der Haut und Schleimhäute bei einem im jugendlichen Alter stehenden Patienten. Gerade diese Erscheinungen sind es, die in den einzelnen Beobachtungen am Schädel sich stets wiederholen und demnach als typische Kennzeichen der Erkrankung bezeichnet werden müssen. Insbesondere ist der einseitige oder meist doppelseitige, gewöhnlich völlig symmetrisch entwickelte schmerzhafte Exophthalmus mit nachfolgender Atrophia nervi optici charakteristisch; er stellt sogar häufig das erste Symptom der Erkrankung dar.“ „Allen diesen Fällen ist mehr oder weniger charakteristisch das Uebergreifen der retrobulbären T. auf die Muskeln, das Fettgewebe der Orbita und die Lider. Die Nerven und Gefässe werden von der Neubildnng eingemauert, der Knochen der Augenhöhle ebensowenig ergriffen, als der Bulbus selbst, in dem die Geschwulst nie beobachtet ist. Die T. können ein solch ausgedehntes Wachstum in der Orbita annehmen, dass sie, den Bulbus völlig zur Seite drängend, neben demselben nach aussen wachsen.“ „Das zweite Symptom, d. h. die Entwickelung des Tumors im Schläfenbein mit Ohreiterung, Ohrblutungen, Ohrensausen und Herabsetzung des Hörvermögens, mit Schwellung und Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz

ist unter 42 Chloromfällen des ganzen Sceletts 25 mal, also in rund 60% sämtlicher Chloromfälle, und zwar meist ebenfalls doppelseitig angeführt." „Auch Störungen des Gleichgewichts in Folge Erkrankung der halbcirkelförmigen Canäle, Schwindelgefühl sind mitgetheilt; Facialislähmung in Folge Verwachsung der Nerven bei seinem Durchtritte durch die Schädelbasis mit den chloromatösen Wucherungen ist wiederholt beobachtet. Gleichzeitig mit den Symptomen von Gehörerkrankung findet sich häufig ein- oder meist doppelseitig eine Verwölbung in der Schläfengegend, die auf Entwickelung der T. im Periost des Schädels und den Temporalmuskeln beruht und dem Gesicht ein eigenthümliches Aussehen verleiht. Nicht selten kommen — wie in unserem Falle — zu diesen Veränderungen des Gehörorgans und seiner Umgebung solche der Nase; es kommt in Folge der Neubildung zu heftigen, manchmal tödtlichen Nasenblutungen, die Luftzufuhr durch die Nase kann erschwert sein, sodass die Pat. mit offenem Munde zu athmen gezwungen sind. Die Section zeigt dann gewöhnlich Chloromentwickelung im Siebbein, Keilbein, den Kieferhöhlen oder dem Nasenrachenraum." In dritter Linie fällt an den Chloromkranken die hochgradige Anaemie auf, die besonders in der zweiten Hälfte der Erkrankung in die Augen tritt und bei genauer Untersuchung häufig das Bild der typischen acuten Leucaemie mit enormer Vermehrung der grossen Lymphocyten zeigt; die Leucaemie kann ganz plötzlich, oft erst kurz vor dem Tode einsetzen, und führt meist zu Blutungen unter die Haut, die Schleimhäute, die Nieren, in Magen, Darm, Harnblase, Lunge, Netzhaut. Gleichzeitig entwickeln sich meist zahlreiche kleinere und grössere Drüsenpakete am Hals, im Mediastinum, im Abdomen, bestehend aus einzelnen mehr oder weniger grün gefärbten Knoten; es tritt Schwellung der Milz auf, sodass nicht selten die Diagnose wirklich auf gewöhnliche Leucaemie gestellt wird. Als vierten Punkt möchte ich das jugendliche Alter der Pat. anführen. Unter 33 Fällen, in denen ich eine Altersangabe finden kann, entwickelte sich die Geschwulst 28 mal zwischen dem 1. und 25. Jahre, darunter 5 mal zwischen 1. und 4. Lebensjahre, 8 mal zwischen dem 6. und 10. Im höheren Alter ist die Geschwulst am Schädel sehr selten; vorwiegend ist das männliche Geschlecht betroffen. Der Verlauf ist gewöhnlich ein so rascher, dass in kurzer Zeit, theils in Folge von allgemeinem Marasmus, theils in Folge von Blutungen, meist nach 3—4 Monaten der Tod eintritt." (Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 39.)

— **Die Entstehung einer bösartigen Neubildung durch ein Trauma** konnte Dr. K. Boseek (Stolp) in einem Falle beobachten, über den er sich, wie folgt, äussert: „Ein damals 46jähriger Landmann, welcher mir als durchaus gesunder Mensch bekannt war, fiel am 15. VIII. 01 mit der Brust gegen ein Geländer, und zwar mit beträchtlicher Wucht; getroffen wurde die Brustbeingegend in Höhe der dritten Rippe. Der zunächst entstehende Schmerz liess nach einigen Tagen nach, und der Verletzte arbeitete in den nächsten Wochen, theilweise sehr schwer, weiter. Etwa sechs Wochen nach dem Fall verspürte er Schmerzen in der Brust, ohne dass dieselben aber zunächst der verletzten Stelle genau entsprochen hätten. Ein dieserhalb befragter College konnte krankhafte Veränderungen nicht finden, erklärte die Schmerzen für rheumatische und verordnete eine Einreibung. Am 4. X. 01 sah ich den Patienten; weder an den Brustorganen noch an den Rippen oder der Brustmusculatur liess sich etwas Abnormes feststellen, nur erschien mir der Klopfschall links neben dem Brustbein etwas gedämpfter als rechts. Ich sah den Pat. nicht regelmässig, sondern nur, wenn ich seinen Wohnort passirte; Anfang November, also etwa elf Wochen nach dem Unfall, war links neben dem Brustbein, der dritten Rippe entsprechend, eine etwa fünfmarkstückgrosse Dämpfung und über ihr abgeschwächtes Athmen nachweisbar, zugleich waren die Schmerzen sehr heftig geworden, es hatte sich Husten eingestellt, und das Aussehen des Pat. war ein ausgesprochen kachektisches geworden. Am 27. XI. zeigte sich eine deutliche Vorwölbung an der Stelle der Dämpfung und diese hatte sich weiter — insbesondere nach rechts — ausgebreitet. Als ich gegen Ende Dezember den Pat. wieder untersuchte, brach die Vorwölbung, welche inzwischen handtellergross geworden war, unter meinen Fingern mit leisem Knirschen zusammen, die Rippen und das Brustbein mussten also an dieser Stelle fast völlig zerstört sein. War ich schon, als ich die Vorwölbung zum ersten Mal sah, über die Diagnose nicht mehr im Unklaren — ich nahm ein mediastinales Sarkom an —, so konnte es nunmehr keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um einen destruirenden Process schwerster Art handelte. Als der Pat. am 12. I. 02 unter rapidem Verfall und unter heftigsten Schmerzen, welche nur durch hohe Dosen Morphium bekämpft werden konnten, starb, waren auch die rechtsseitigen oberen Rippen zerstört, sodass sich in Höhe etwa der dritten Rippe eine quer über die Brust verlaufende

Einsenkung gebildet hatte, in welcher der Thorax abgeknickt war, sodass er bedeutend verkürzt erschien. Die Diagnose war übrigens durch die mikroskopische Untersuchung des reichlich ausgehusteten Auswurfs bestätigt. Eine Section wurde von den Angehörigen nicht gestattet und von der zuständigen Berufsgenossenschaft nicht verlangt, vielmehr wurde die Hinterbliebenenrente auf Grund eines Gutachtens des (damaligen) Kreisarztes, welcher den Pat. ebenfalls gesehen hatte, und meines Gutachtens zugestanden. Wir hatten übereinstimmend das Leiden für ein mediastinales Sarkom erklärt und für dessen Entstehen den Unfall verantwortlich gemacht. Es hat mich, als ich mir später die Unfallakten zur Verfügung stellen liess, die Ansicht des ärztlichen Berathers der Berufsgenossenschaft interessiert; derselbe neigt der Ansicht zu, dass die Erkrankung bereits vor dem Unfall bestanden habe, und hält insbesondere die Zeit zwischen Unfall und Auftreten der Krankheit für zu kurz. Es wurden deshalb zahlreiche Erhebungen bei beamteten und nicht beamteten Dorfbewohnern angestellt darüber, ob der Verstorbene vor dem Unfall völlig gesund und arbeitsfähig gewesen sei; die Aussagen fielen sämtlich zu seinen Gunsten aus. Der Ansicht, dass die Zeit zwischen Unfall und Auftreten der Krankheit zu kurz sei, möchte ich entgegenhalten, dass Sarkome sich in ganz kurzer Zeit entwickeln können, dass insbesondere diejenigen, welche sich an ein Trauma anschliessen, sich durch rapides, rücksichtsloses Wachsthum auszuzeichnen scheinen.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1906 No .11.)

— **Zur Hefetherapie** giebt Dr. E. Funke an, dass er bei mehreren Fällen von *Magencarcinom* bei Darreichung von frisch aus der Brauerei genommener Bierhefe auffallende Besserungen gesehen hat. Zunächst besserte sich der Appetit sehr rasch, die Nahrung wurde gut vertragen, das Befinden wurde zusehends besser, Tumoren verschwanden. Man giebt mindestens einen Monat lang dreimal täglich vor dem Essen einen Esslöffel und giesst jeden Morgen frisches Wasser auf die Hefe, die sich dann mindestens eine Woche hält. (Medicin. Blätter 1906 No. 44.)

Typhus. **Biliöser T.,** diese Diagnose stellte Dr. P. Ehrlich (Stettin) in folgendem Falle: 38jähr. Kaufmann, vom Autor im Jahre 1904 an Cholelithiasis behandelt, erkrankte in der Nacht zum 25. März 1906 ganz plötzlich an einer

heftigen Kolik in der rechten Oberbauchseite. Nach zwei Tagen Icterus. Der Hausarzt stellte auf Grund des Befundes einer handbreitvergrösserten, besonders in der Gallenblasengegend druckschmerzhaften Leber die Diagnose Cholelithiasis und Cholangitis und leitete eine Karlsbader Cur ein. Am 26. III. bestand leichte Temperatursteigerung (37,8°). Trotzdem nun die Leberschwellung von Tag zu Tag erheblich zurückging, wurden die Temperaturen von Tag zu Tag staffelförmig höher. Am 31. III. wurde Autor zugezogen und stellte obige Diagnose auf Grund folgender Ueberlegung: Der ausgesprochen staffelförmige, langsame Anstieg der Temperatur entspricht nicht der Temperaturcurve einer gewöhnlichen Cholecystitis und Cholangitis. Bei einer solchen Affection müsste man bei sich von Tag zu Tag steigerndem Fieber die Leber noch erheblich vergrössert und ebenso wie die Gallenblase noch erheblich druckempfindlich erwarten. Hier aber ist das Volumen der Leber und die Druckschmerzhaftigkeit trotz steigenden Fiebers erheblich kleiner geworden. Der bestehende Meteorismus konnte, da eine Peritonitis mit Sicherheit auszuschliessen und für Entleerung ausreichend gesorgt war, ebenfalls nicht im Bilde einer Cholecystitis und Cholangitis untergebracht werden. Dass der Puls bei einer Temperatur von 38,7° nur 72 betrug, war bei dem Icterus natürlich. Die auffallende Weichheit des Pulses aber bei einem kräftigen Manne mit gesundem Herzen und bei relativ niedrigem Fieber sprach absolut gegen gewöhnliche Cholecystitis und Cholangitis. Hier musste ein directes Herzgift im Spiele sein. Bei dem staffelförmigen Fieberverlauf, dem Fehlen von Erbrechen und Leibschmerzen schied eine Vergiftung durch ein organisches oder anorganisches Gift von vornherein aus. Von Peritonitis keine Spur. Es konnte also nur eine bacilläre Vergiftung, eine Infectionskrankheit vorliegen, eine solche, von der wir wissen, dass sie ein Herzgift ist. Weil'sche Krankheit war auszuschliessen, da Erbrechen, Muskelschmerzen, Nephritis, Delirien, Somnolenz, Blutungen etc. fehlten. Zog man dagegen das geröthete Gesicht mit den glänzenden Augen, die Beschaffenheit der Zunge (Ränder und Spitze roth, sonst belegt), die leichte Bronchitis, die staffelförmige Fiebercurve, den leichten Meteorismus, den schlaffen, langsamen Puls in Betracht, so musste man an T. denken, an einen T., der von den Gallenwegen seinen Ursprung nahm. Pat. wurde in's Krankenhaus verlegt. Hier wurde aber die Diagnose biliöser T. energisch abgelehnt. Die

angestellte Widal'sche Reaction fiel auch negativ aus. Aber schon einige Tage später wurde ein positiver Widal constatirt, und auch die Blutaussaat ergab Typhusbacillen. Pat. starb unter zunehmender Benommenheit; und durch die Section wurde die Sachlage nicht geklärt. In der Lebergegend ein zweifaustgrosses Blutgerinnsel, dahinter in der freien Bauchhöhle ein Stein (Cholestearin). In der Gallenblase keine Steine, aber auch keine Perforationsöffnung. Cholangitis diffusa mit enormer Erweiterung der Gallengänge. Choledochus frei. Mikroskopisch: Hepatitis diffusa parenchymatosa gravis. Oeffnung, wo der Stein in die Bauchhöhle perforirte, nicht zu entdecken, ebenso wenig die Quelle der stattgehabten Blutung. Infectiöser Milztumor. Im Darm nur leichte Follikelschwellung, keine Geschwüre; keine Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Die aus dem Blut gezüchteten Stäbchen wurden zur Sicherheit noch an das Institut für experimentelle Therapie nach Frankfurt a. M. geschickt; auch hier wurden echte Typhusbacillen festgestellt. Soviel steht also fest:

1. Es handelte sich um eine Infection mit echten Typhusbacillen.
2. Nicht nur der Ausgangspunkt, sondern auch die Localisation des T. waren die Gallenwege. Beweise: der Beginn mit Gallensteinkolik und Leberschwellung ohne sonstige Prodromalerscheinungen, sowie der makro- und mikroskopische Leberbefund.
3. Ein Ileotyphus bestand nicht; Darm und mesenteriale Lymphdrüsen waren frei von solchen Erscheinungen.

Der Process spielte sich also im Wesentlichen in Leber und Gallenmengen ab, es war ein richtiger biliöser T. oder, wie man wohl besser sagen könnte: eine Cholangitis typhosa septica. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 42.)

— **Ueber einen Fall von geheilter Arteriitis typhosa** berichtet Dr. L. Blum (Medic. Klinik Strassburg). Ueber die einen 22jährigen Pat. betreffende Beobachtung äussert sich Autor in seiner Epikrise wie folgt:

„Der geschilderte Fall bietet die typischen Symptome der Arteriitis typhosa in ganz charakteristischer Weise. Wie in der Mehrzahl der Beobachtungen, fällt der Beginn der Erkrankung nicht in das Höhestadium, sondern in die Defervescenzperiode oder gar in die Reconvalescenz des Typhus. Die Schwere der Erkrankung scheint keinen Einfluss auszuüben, in sehr vielen Fällen handelte es sich, wie auch in unserem, geradezu um leichte Formen

des Abdominaltyphus. Auffallend ist die Prädisposition des jugendlichen Alters für die Complication. In den meisten veröffentlichten Krankengeschichten handelt es sich um junge Leute unter 25 Jahren, das höchste Alter wies ein Pat. von Curschmann mit 41 Jahren auf; während umgekehrt Kinder im ersten und zweiten Decennium sehr häufig befallen sind. Unter den verschiedenen Gefässbezirken sind hauptsächlich die Arterien der unteren Extremitäten betheiligt, und zwar die rechtsseitigen wieder mehr als die der linken Körperhälfte. Nur selten sind beide Extremitäten gleichzeitig befallen, auch die Beobachtungen über Arterienerkrankungen an den oberen Extremitäten und im Gesicht sind ganz vereinzelt. Unter den Symptomen der Erkrankungen ist mit das wichtigste der Schmerz. Zeitlich tritt er als erstes Zeichen der Erkrankung auf und kann allen übrigen mehrere Tage vorangehen. Die Schmerzen, die sowohl anfallsweise auftreten, als auch ständig bestehen können, scheinen immer sehr heftig zu sein, sodass die Kranken jede Bewegung, jeden Druck, die sie steigern könnten, vermeiden. Charakteristisch ist vor Allem die Localisation der Schmerzen, die diagnostisch von grösster Bedeutung ist. Sie sind sozusagen auf den Verlauf der Arterien localisirt, sodass man aus der Druckschmerzhaftigkeit geradezu den Verlauf der Arterien, die ergriffen sind, verfolgen kann. Ein zweites wichtiges Zeichen der Erkrankung ist die Abnahme der Pulsation in den Arterien, die bis zum völligen Schwunde des Pulses gehen können. Die betroffenen Glieder zeigen oft eine geringe Anschwellung, nie aber Zeichen von Oedemen. Sehr oft, namentlich in den Fällen, die mit Gangraen ihren Ausgang nehmen, findet man locale Cyanose, Herabsetzung der Temperatur, Anaesthesien als erste Zeichen der verminderten Blutversorgung, die dann bei völligem Gefässverschluss bald zu trockener Gangraen führen. Von grösster Wichtigkeit ist das Auftreten eines Stranges, der dem Verlauf der Arterie entspricht und offenbar nichts anderes als die thrombosirte Arterie darstellt; vielleicht ist seine Dicke auch einer gleichzeitig bestehenden Periarteriitis zuzuschreiben. Durch seine Feststellung ist die Diagnose endgültig gesichert, doch scheint derselbe nicht in allen Fällen vorzukommen. Barié, der die Arteriitis typhosa eingehend geschildert und zuerst eine grössere Zahl von gehe ten Arteriitiden zusammengestellt hat, findet gerade in der Anwesenheit dieses fühlbaren Stranges ein Zeichen von totaler Thrombose der Arterie, deren noth-

wendige Folge die Gangraen ist. In der That fanden sich in den von **Potain**, **Vulpian** und auch **Barié** beschriebenen Fällen — es sind deren zehn im Ganzen — von geheilter Arteriitis dieses Symptom trotz genauer Untersuchung und Beachtung desselben nicht. **Barié** glaubte sich daher zum Schlusse berechtigt, dass es sich in diesen Fällen um eine Arteriitis parietalis handelte, indem zwar das Gefässlumen von der Wandung aus eingeengt sei, aber immer noch genügend Raum im Centrum für die Blutcirculation gegeben sei. Abgesehen von diesem fühlbaren Gefässstrang waren die übrigen Symptome, Schmerz, seine Localisation, Verminderung der Pulsationen, Schwellung ohne Oedem etc. genau die gleichen wie in den übrigen Fällen. Nach dem Befund in unserem Falle, wo die Arterie tagelang deutlich zu fühlen war, dürfte diese Verallgemeinerung zu weit gehen. Ob freilich die bei unserem Kranken eingetretene Heilung nicht auf einen günstiger Weise zu Stande gekommenen Collateralkreislauf zu beziehen ist, lässt sich nicht entscheiden. Gegen eine solche Deutung scheint mir der Rückgang der Schwellung der Arterie zu sprechen. Jedenfalls wird man die Prognose auf dieses Symptom hin nicht absolut ungünstig betreffs der Erhaltung der Extremität stellen, wenngleich sein Auftreten sehr ernst genommen werden muss. Differentialdiagnostisch könnten namentlich im Beginne, wenn das Leiden noch wenig ausgesprochen ist, folgende Affectionen in Frage kommen: Die Myositis typhosa, an die man mit Rücksicht auf die Druckschmerzhaftigkeit der Musculatur denken könnte. Die Myositis ist jedoch meist auf andere Muskelgruppen localisirt, wenngleich auch Fälle mitgetheilt sind, in denen andere Muskelgruppen befallen sein sollen. Durch die Localisation des Schmerzes auf den Verlauf der Arterien dürften sich aber die beiden Affectionen genügend trennen lassen. Nur ganz im Beginne wird die Frage einer Neuritis in Folge der neuralgieartigen Schmerzen in Erwägung gezogen werden, durch den Sitz des Schmerzes und die Abwesenheit von Druckpunkten wird aber die Entscheidung leicht zu treffen sein. Eine Verwechslung der Arteritis mit der viel häufiger vorkommenden Venenthrombose, der Phlegmasia alba dolens ist kaum möglich. Die Abwesenheit des meist blassen Oedems, einer stärkeren Venenstauung, die schmerzhafte Infiltration der Umgebung der Vene und des ganzen Beines, die eine Palpation ganz unmöglich machen, bieten genügende Anhaltspunkte, um die Venenerkrankung auszuschliessen. Als

weiteres Hülfsmittel könnte man das Auftreten der beiden Erkrankungen in verschiedenem Alter heranziehen, indem die Venenthrombose hauptsächlich Individuen befällt, deren Venen Sitz von Veränderungen waren, wie alte Leute oder Frauen mit Varicen, die Arteriitis dagegen mit Vorliebe jugendliche Individuen betrifft. Allerdings sind eine Anzahl von Fällen bekannt, in denen Venenthrombose neben Arteriitis bestand." (Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 45.)

— **Ueber Cholecystitis typhosa** lässt sich Dr. A. v. Khantz jr. (k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung" in Wien) aus im Anschluss an eine interessante Beobachtung. Diese betraf eine 39jährige Pat., welche die Zeichen einer Cholecystitis darbot und operirt wurde. Die bacteriologische Untersuchung der Gallenflüssigkeit ergab nun Typhusbacillen in Reincultur, und die Widal'sche Probe mit dem Blute der Pat. war 1 : 30 positiv. Pat. hatte jetzt sicher keinen T. durchgemacht, und die Anamnese ergab nichts, was an einen früher durchgemachten T. hätte gedeutet werden können. Und doch muss Pat., nach dem positiven Ausfall der Widal'schen Probe zu urtheilen, in früheren Zeiten einen T. überstanden haben; die agglutinirende Kraft des Blutserums erhält sich oft noch Jahre lang nach überstandener Allgemeininfection.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 44.)

Ulcus ventriculi. **Trauma und chronische Compression des Epigastriums als Ursachen des U.** hat Dr. W. Ackermann (Milwaukee) zu erforschen gesucht an der Poliklinik von Dr. P. Cohnheim (Berlin). Wie sich herausstellte, bot ein überraschend hoher Procentsatz der Ulcuspatienten eine klare Anamnese der chronischen Compression des Epigastriums, sodass man schliessen konnte, dass die Ursache des U. direct von der Beschäftigungsart der Pat. abzuleiten war. Diese arbeiten entweder stets in gebückter Stellung oder bei ihrer Thätigkeit mussten sie eine dauernde Compression von Gegenständen auf die Magengegend ertragen. Die epigastrische Compression muss als eine der wichtigsten Ursachen des U. angesehen werden.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1906 No 16.)

— **Ueber die Behandlung des Magengeschwürs** lässt sich Prof. Dr. Ad. Schmidt (Dresden) auf Grund seiner Erfahrungen aus. Sie besteht im Allgemeinen in der Leube'schen „*diaetetischen Ruhecur*", die sich zusammensetzt aus Bett-

ruhe, heissen Leinsamenbrei-Umschlägen auf den Magen, strenger Diaet und dem Gebrauche kleiner Mengen Karlsbader Mineralwassers. Die absolute Bettruhe ist dabei wohl das Wichtigste. Autor dehnt sie in der Regel viel länger aus, als Leube es verlangt. Sie bewirkt vor Allem sofortiges Nachlassen der Schmerzen und übt noch sonst die günstigste Wirkung aus, sodass jeder Ulcuskranke unweigerlich für mindestens 2—3 Wochen in's Bett gehört und dasselbe nur allmählich, entsprechend dem Rückgang der Krankheitserscheinungen, verlassen darf. Auch die Umschläge haben sich sehr bewährt, und man nimmt nur Abstand von ihnen, wenn sie unangenehme Empfindungen auslösen, was gelegentlich auch bei der Eisblase vorkommt. Autor scheut sich in solchen Fällen nicht, event. von einem Extrem zum anderen überzugehen, lässt auch die heissen Umschläge nie dauernd machen, sondern mit stundenweisen Unterbrechungen. Die Leube'sche Ulcusdiaet ist bekannt, ebenso die Abänderungen von Lenhartz und Senator. Autor erkennt den Hauptpunkt der Lenhartz'schen Diaet, die Vermeidung der Unterernährung an, kann aber seine Bedenken bei frischen Blutungen nicht unterdrücken, auch sich nicht unbedingt der Forderung anschliessen, die Hyperacidität mit grossen Gaben von Eiweiss (Eier, Hackfleisch) zu bekämpfen. Bei höheren Graden von überschüssiger Salzsäureabscheidung zieht er vielmehr eine kohlehydratreiche Schonungsdiaet vor. Was die Senator'schen Vorschläge betrifft, so ist die Empfehlung von Leim, Mandelmilch und gefrorener Butter als éine Erweiterung der Ulcusdiaet unzweifelhaft zu begrüssen. Der Hauptvortheil der Lenhartz'schen und Senator'schen Vorschläge liegt darin, dass sie uns von der allzu schematischen Verfolgung des Leube'schen Speisezettels entwöhnen. Bleiben wir ruhig bei dem Schonungsprincip, worauf er aufgebaut ist, aber erweitern wir die Kost, wo es irgend angängig ist und besonders da, wo die Kräfte es erfordern, frühzeitiger, als es von Leube vorgeschrieben ist, durch Zulage von Eiern, Gelatine, Butter, Sahne, Mandelmilch, Zucker, etwas Wein, event. auch Milchreis; mit Hackefleisch und geschabtem Schinken aber sei man vorsichtig, da das rohe Bindegewebe an die Verdauungskraft des Magens die grössten Ansprüche von allen Nahrungsmitteln stellt! Die Leube'sche Verordnung von täglich einem Glas Karlsbader Mühlbrunnen (früh nüchtern, schluckweise und warm) hat sich zur Regulirung des Stuhlganges bewährt. Von weiteren arzneilichen Mitteln kommen

eigentlich (abgesehen von Narcoticis) nur noch Wismut und Argent. nitr. in Betracht. Die Kussmaul'sche Wismutcur besteht bekanntlich darin, dass man anfangs täglich, später alle zwei Tage 10—20 g Bismuth. subnitr. in 200 ccm Wasser aufschwemmt und dem Pat. durch die Schlundsonde in dem vorher gründlich gereinigten Magen einbringt, ihn sofort auf die Seite legt, an der man das U. vermuthet, und 1/4 Stunde mit abgeklemmter Sonde liegen lässt, damit sich das Wismut auf dem Geschwürsboden absetzen kann; darnach wird das Wasser durch die Sonde wieder abgelassen und letztere entfernt. Statt der Eingiessungen kann man in den meisten Fällen die Aufschwemmung auch schnell trinken lassen. Ueber den Werth dieser Methode gehen die Meinungen auseinander. Meist wird man sie während der Ruhecur entbehren können, doch ist ein Versuch unter allen Umständen erlaubt. Die Höllensteinbehandlung kann ebenfalls mittels der Sonde (Ausspülungen mit 1%iger Lösung nach vorausgegangener Waschung) oder durch Eingabe einer 0,1%igen Lösung (esslöffelweise 1/4 Stunde vor dem Essen) geübt werden. Sie eignet sich besonders für die Reconvalescenz. Die besprochene gewöhnliche Ulcuscur führt in 4—6 Wochen in einer grossen Anzahl von Fällen zu vollständiger Beseitigung aller Symptome, also zur Heilung, welche anhält, wenn man nach beendeter Cur die Pat. nicht sofort wieder ihre Thätigkeit aufnehmen und nicht sofort volle Freiheit der Ernährung gewähren lässt. Bleibt aber der Erfolg aus, oder stellen sich innerhalb kurzer Zeit Rückfälle ein, so tritt die Frage eines operativen Eingriffes an uns heran. Speciell in den Fällen, wo nach Erschöpfung aller uns zur Verfügung stehenden inneren Methoden dauernde Schmerzen in der Magengegend mit Erbrechen oder mit zeitweiser völliger Nahrungsabstinenz zurückbleiben, sodass das Allgemeinbefinden und die Gesammternährung schwer geschädigt bleiben und die Pat. unfähig zur Arbeit sind. Autor empfiehlt unter solchen Umständen, zumal wenn dabei Hypersecretion und zeitweise verlangsamte Motilität des Magens bestehen, immer die Operation, die Gastroenterostomie, und er hat verschiedene Pat. so der Arbeit und dem Lebensgenusse zurückgeben können. Wer in einer solchen Lage das verhältnismässig geringe Risico der Operation (etwa 10% Mortalität) nicht tragen will, dem ist schwer zu rathen. Wenn auch spontane Heilungen möglich sind, so vergehen doch meist viele Jahre darüber. Was nun die *Complicationen* betrifft, welche die Durchführung

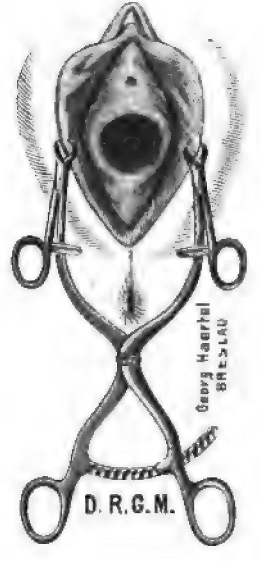
der regulären Ulcuscur unmöglich machen, so stehen im Vordergrunde schwere resp. wiederholte Blutungen. Absolute Ruhe, Eisblase, bei Brechreiz oder Aufregung Narcotica (in Zäpfchen oder subcutan), absolute Nahrungsenthaltung per os, ausschliessliche Ernährung per anum, das ist die Therapie der meisten Aerzte hierbei. Von arzneilichen Stypticis (Plumb. acet., Adrenalin) ist nicht viel zu erwarten; mehr empfehlen sich subcutane Ergotininjectionen oder Gelatineeinspritzungen. Bei Misserfolgen kommt die Operation in Betracht, deren Chancen freilich hier keine grossen sind. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei drohender Perforation des U. in die Bauchhöhle. Die Zeichen, welche auf ein solches Ereignis hindeuten, sind allerdings trügerisch. Nur wenn peritonitische Reizerscheinungen deutlich ausgesprochen sind oder Reibegeräusche in der Oberbauchgegend hörbar werden, hat man einige Sicherheit. Man wird in solchen Fällen, wenn man sich nicht sofort zur Operation entschliesst, deren Aussichten hier weit bessere sind, die Therapie ganz wie bei Blutungen gestalten. Ist die Perforation thatsächlich erfolgt, so kann natürlich nur schleunige Operation in Frage kommen. Aber auch die Diagnose der vollendeten Perforation ist nicht leicht, denn er ist nicht unbedingt erforderlich, dass das Erbrechen nun sofort aufhört und die Zeichen der Peritonitis gleich deutlich in die Erscheinung treten. Immerhin würde Autor in einem Falle, wo der Verdacht auf Perforation besteht, wenn irgend die Kräfte es erlauben, eher zur Operation als zum Abwarten rathen. Von den *Folgezuständen* eines U. verlangen Verengerungen des Pylorus, wenn sie zu einer motorischen Insufficienz zweiten Grades führen, ebenfalls das Messer. Bei leichteren Graden der Passagebehinderung kann man dagegen abwarten, zumal wenn anzunehmen ist, dass das U. selbst ausgeheilt ist. Derartige Pat. können unter sorgfältiger Diaet und regelmässigen oder zeitweisen Spülungen in einem durchaus erträglichen Zustande gehalten werden. In zweifelhaften Fällen muss dem Pat. selbst die Entscheidung darüber überlassen werden, ob er lieber die Gefahren der Operation auf sich nehmen oder seine Beschwerden dauernd tragen will. Zu beachten sind ferner die sogen. perigastritischen Adhaesionen, flächenhafte oder strangförmige Verwachsungen des Magens mit den Nachbarorganen, deren einziges klinisches Zeichen manchmal in heftigen, nicht immer von der Nahrungsaufnahme abhängigen, localisirten Schmerzen besteht. Nach Lösung der Adhaesionen verschwinden die

Beschwerden mit einem Schlage, aber es kommt vor, dass Recidive eintreten. Die Schwierigkeit dieser Fälle liegt mehr in der Diagnose als in der Therapie, die selbstverständlich nur eine chirurgische ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 47.)

Vermischtes.

— Ein **selbsthaltender Vulvaspreizer** wird von Dr. M. Blumberg (Berlin) empfohlen. Er besteht, wie die Figur zeigt, aus einer Sperrzange, deren Enden je eine kleine Kugelzange tragen. Durch die Kugelzangen werden bei Beginn der Operation die Labien jederseits gefasst und kann nun während der ganzen Dauer des Eingriffs mittels der Cremaillère die Vulva gespreizt gehalten werden. Das Instrument braucht nicht gehalten zu werden, sondern hält sich durch sein eigenes Gewicht in seiner Lage. Die übrigen bei der Operation gebrauchten Instrumente (Specula etc.) werden durch den Vulvaspreizer nicht behindert. Durch letztere wird die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes bedeutend besser und zugleich die Sicherheit der Asepsis erhöht. Diese lässt sich noch weiter verbessern, wenn man mittels der kleinen Kugelzangen an die Labien zugleich beim Anlegen des Instrumentes ein Segel aus sterilisirtem Billrothbattist oder Gummipapier befestigt; dieses Segel deckt die Labien und hängt über dem Anus hinab, wodurch auch dieser von dem Operationsgebiet ausgeschaltet wird. Das Oeffnen der Kugelzangen wird dadurch noch erleichtert, dass deren Cremaillèren je in einen Fortsatz enden, auf den ein Fingerdruck von unten her ausgeübt wird, um die Kugelzange auf's Leichteste zu öffnen. Das Instrument (hergestellt von G. Haertel, Breslau und Berlin) ist bei digitalen Ausräumungen, Curettagen, Dammnähten u. dgl. ein sehr gutes Hilfsmittel.



(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 39.)

— **Ueber die Wirkung der Orber Martinus-Quelle** lässt sich Dr. Kittsteiner (Hanau) aus und empfiehlt sie bei folgenden Affectionen:

I. Magendarmleiden:

a) Subacutem und chronischem Magenkatarrh mit oder ohne erhebliche Schleimabsonderung und herabgesetzter Acidität.
b) Hyperacidität nervösen Ursprungs.
c) Chronischen Durchfällen auf katarrhalischer Erkrankung der Darmschleimhaut beruhend.
d) Chronischer Obstipation und pseudomembranöser Enteritis.

II. Leber- und Gallenwegeerkrankungen:

a) Hyperaemie der Leber: Lebercongestion, Stauungsleber, Unterleibsplethora, Haemorrhoiden.
b) Anfangsstadien der atrophischen und hypertrophischen Cirrhose, Cirrhoses cardiaques.
c) Katarrh der Gallenwege; Icterus catarrhalis, toxicus und in Folge von Circulationsstörungen.
d) Steinbildendem Katarrh, Gallensteinkrankheit und ihren Folgezuständen.
e) Störungen der Leberzellenthätigkeit bezüglich des Stoffwechsels bei harnsaurer Diathese, Diabetes und Fettleber. (Deutsche Aerzte-Zeitung 1906 Nr. 22.)

— **Zur causalen Thiosinaminbehandlung des Malum Dupuytren** macht Dr. S. Jellinek (k. k. Krankenhaus Wieden in Wien) Mittheilung. Ein Maschinist wies eine beiderseitige Palmarfasciencontractur auf, sonst kein Symptom eines Allgemein- oder Nervenleidens. Die Affection war eine rein locale, bewirkt durch fortgesetztes locales Trauma (starker Druck auf die Handflächen); man konnte also eine rein locale Therapie einschlagen. Leiden an der linken Hand stärker ausgebildet. Hier derbe Stränge und Knoten, Haut damit fest verwachsen und mit Einziehungen versehen; vierter und fünfter Finger im basalen Gelenk gegen die Hohlhand gebeugt, weder activ noch passiv zu strecken. Nur diese Hand wird behandelt. Zunächst in kleineren, später in grösseren Intervallen Injectionen einer 15%igen alkoholischen Thiosinaminlösung direct in die kranke Palmarfascie, in die verhärteten Knoten und Stränge. Vorher Chloraethyl oder Cocaininjection, da Injectionen schmerzhaft. Jedesmal zwei bis drei, höchstens fünf Theilstriche der Pravazspritze. In den Zwischenzeiten Verband

mit 10%igem Thiosinaminpflastermull. Behandlung, ein Jahr während (46 Injectionen), hatten vollen Erfolg und wurde sehr gut ertragen. Knoten und Stränge nahezu ganz geschwunden, Finger wieder vollständig streckbar. Röthung und Schwellung, die einige Male während der Behandlung aufgetreten waren, verschwanden nach Burow-Umschlägen und längerem Aussetzen der Injectionen.

(Wiener klin. Rundschau 1906 Nr. 28.)

— **Paranephrin in der Augenheilkunde** hat Dr. P. Greven (Aachen) mit Erfolg angewandt. Paranephrin ist ein Nebennierenpräparat, welches in 0,1%iger, wässriger Lösung, die 0,6% Kochsalz enthält, in den Handel kommt (Merck, Darmstadt), und zwar in Fläschchen von 10, 20 und 30 ccm. Zu Instillationen benutzt man die Originallösung 1 : 1000, während man zu Injectionen das Mittel in 5—30facher Verdünnung mit physiol. Kochsalzlösung anwenden kann. Die Lösung ist, vor Luft und Licht geschützt, lange Zeit haltbar und wirksam, lässt sich auch wiederholt sterilisiren. Eingeträufelt reizt Paranephrin gar nicht. Schon zwei bis drei Minuten nach dem Einträufeln hat die locale Anaemie ihren Höhepunkt erreicht, den sie ca. 15 Minuten lang innehält, um dann langsam zurückzugehen und nach einer Stunde ganz zu verschwinden. Die Wirkung erstreckt sich auf die Conjunctiva palpebr. et sclerae, die Uebergangsfalten nebst Plica semilunar. und Caruncula lacrymalis. Die Pupille bleibt unverändert, auch sonst das Auge nicht irgendwie beeinflusst. Therapeutisch lässt sich das Präparat bei Exstirpation von *Chalazien* benutzen, zur Entfernung von *Fremdkörpern* und zur Vertiefung der Cocainanaesthesie, namentlich bei stark injicirten Augen. Spaltung der Thränenröhrchen erfolgt unter Anwendung von Paranephrin fast ohne jede Blutung. (Medicin. Klinik 1906 No. 30.)

Bücherschau.

— Vom **Reichs-Medicinal-Kalender** (Verlag von G. Thieme, Leipzig) ist jetzt Theil II erschienen, der bekannte stattliche Band mit seinem reichen Inhalt. Derselbe ist diesmal noch vermehrt durch ein neues Kapitel: „Gebührenordnungen für gerichts- und amtsärztliche Geschäfte“,

auch ist das Verzeichniss der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medicinisch-wissenschaftlichen Institute in seiner neuesten Zusammenstellung, insbesondere für Preussen, mit genauen Angaben über Zahl der Betten, der Praktikanten, der Assistenten, über Vergünstigungen für Praktikanten etc. mitgetheilt. Die Personalien des deutschen Civil- und Militär-Medicinalwesens sind diesmal vom Redacteur dieser Blätter bearbeitet worden, der sich grosse Mühe gegeben hat, vorhandene Fehler zu beseitigen und die Personalien möglichst genau und vollständig wiederzugeben. Gänzlich fehlerlos wird ein solches Verzeichniss, dessen Zusammenstellung einen immensen Apparat erfordert und von dem prompten Functioniren sehr verschiedener Factoren abhängt, nie sein; die Collegen werden sich aber davon überzeugen, dass diesmal — und das wird in Zukunft, wo ich eingearbeiteter bin, noch besser werden — Ungenauigkeiten, resp. Unrichtigkeiten auf ein recht geringes Maass beschränkt sind, jedenfalls auf ein weit geringeres, als bei ähnlichen Unternehmungen, z. B. dem Kalender des Leipziger Verbandes, wo schon ein oberflächliches Durchmustern eine ganze Reihe von Fehlern aufdeckt.

— Das **Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und allgemeinen pathologischen Anatomie,** von R. Oesterreich, das kürzlich erschienen ist (Verlag von G. Thieme, Leipzig. Preis 13 Mk.) wird sich sicherlich rasch einbürgern. Sehr präcis, dabei ungemein klar geschrieben, mit ausgezeichneten Abbildungen versehen, ist es so recht ein Buch für den Praktiker und Studirenden. Der Autor hat nicht, wie es manchmal geschieht, besonderen Lieblingskapiteln einen so breiten Raum geschenkt, dass andere Abschnitte dadurch zu kurz kommen, sondern er hat den Stoff gleichmässig, möglichst vollständig dargestellt, unter Beibringung zahlreicher Beispiele, die das Verständniss ungemein erleichtern. Ueberall hat er dem gegenwärtigen Standpunkte möglichst Rechnung getragen, freilich ohne noch zu wenig geprüfte Theorien aufzunehmen; wo er einen eigenen, begründeten Standpunkt vertreten konnte, that er es. Es ist ein vortreffliches Buch geworden, das einen ehrenvollen Platz in der medicinischen Litteratur einnehmen wird.

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in **Friedenau-Berlin.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 6.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

März XVI. Jahrgang 1907

Anaesthesie, Narkose. Unter dem Titel **Rückenmarksanaesthesie** giebt Prof. Bier (Bonn) die Erfahrungen wieder, die er an mehr als 1000 Fällen gemacht hat*).

„Technik. 1. Der Kranke sitzt quer auf dem Operationstische. Die Beine hängen seitlich herunter. Der Kopf wird vorn übergebeugt, die Wirbelsäule stark kyphotisch gekrümmt. Seitliche Verbiegungen sind möglichst auszugleichen.

Die Haut der Lendengegend wird mit Aether und Sublimat abgerieben. Dem Kranken wird mitgetheilt, dass er einen unbedeutenden Stich im Rücken verspüren werde, und dass er dabei ruhig sitzen bleiben solle.

2. Das Instrumentarium besteht aus einer 10 ccm fassenden Recordspritze mit Eintheilung, einer Canüle mit kurz abgeschrägter Spitze und dem in der Canüle befindlichen Mandrin. Das vorher ausgekochte Instrumentarium liegt in Alkohol und wird vor dem Gebrauch in Borlösung gebracht, um den Alkohol gründlich zu entfernen. In derselben Lösung liegen die zugeschmolzenen Glaskölbchen, die die sterilisirte Injectionsflüssigkeit enthalten. In ihr ist die einzuspritzende Menge des Anaestheticums in 1 ccm gelöst. Der Hals des Kölbchens wird abgebrochen, und sein ganzer Inhalt wird mittels der Canüle in die Spritze gezogen und durch vorsichtiges Vorschieben des Stengels bis auf genau 1 ccm wieder entleert. Die beschickte

*) Wenn der praktische Arzt auch vorläufig kaum selbst bei seiner Clientel diese Anaesthesie anwenden wird, ist das Thema doch für ihn von grosser Bedeutung, und glauben wir deshalb die Ausführungen des Autors wörtlich wiedergeben zu müssen. Die Redaction.

Spritze wird neben dem vorbereiteten Kranken bequem erreichbar auf ein steriles Tuch gelegt. Daneben liegt die mit dem Mandrin versehene Canüle.

3. Der Operateur bedeckt seine desinficirten Hände mit einem sterilen Handtuche und spannt dieses in der Höhe beider Darmbeinkämme aus. Der straffgespannte Rand des Tuches stellt somit die Verbindungslinie derselben dar. Diese Linie trifft den Dornfortsatz des vierten Lendenwirbels: dieser Punkt genügt zur Orientirung, welchen Wirbelzwischenraum man auch zur Injection wählen mag, da man leicht die entsprechenden Dornfortsätze abtasten kann. Meist spritzen wir zwischen dem zweiten und dritten Lendenwirbel ein. Die Haut der gewählten Stelle wird von einem Gehülfen durch Chloraethylspray unempfindlich gemacht. Die mit dem Mandrin versehene Nadel wird genau in der Mittellinie und senkrecht zur Wirbelsäule etwas schräg nach oben (kopfwärts) eingestochen. Sobald sie fest im Ligamentum interspinosum sitzt, wird der Mandrin zurückgezogen und die Hohlnadel langsam vorgeschoben. Trifft man auf knöchernen Widerstand, das heisst also auf einen Wirbelbogen, so zieht man die Nadel etwas zurück und verändert ihre Richtung, nach oben oder unten, aber stets bewegt man sich dabei genau in der Mittellinie. Trifft man auf elastischen Widerstand, so schiebt man die Nadel vorsichtig weiter, bis der Liquor hervorsprudelt. Kommt er nur zögernd und tropfenweise, so wartet man, bis er durch Drehen und leichtes Vor- und Zurückschieben der Nadel reichlicher abfliesst, jetzt setzt man die geladene Recordspritze auf die Nadel, ohne die letztere weiter zu verschieben oder ihre Lage zu verändern. Ganz langsam zieht man den Stengel zurück und saugt den Liquor je nachdem (siehe später) bis auf 2—10 ccm an, die Lösung des Anaestheticums dadurch verdünnend, und spritzt die so entstandene Mischung langsam in den Lumbalsack. Dann zieht man Spritze und Hohlnadel schnell heraus und bringt den Kranken in Rückenlage.

Wahl des Anaestheticums. Die Anaesthesie mit reinem Cocain ist zu gefährlich und deshalb jetzt wohl allgemein aufgegeben. Der Zusatz von Nebennierenpräparaten vermindert wesentlich die Gefahr des Cocains, weniger aber seine unangenehmen Nachwirkungen. Die beiden besten Mittel sind Stovain und Tropacocain. Wir gehen in neuerer Zeit dem letzteren, das von österreichischen Aerzten besonders empfohlen ist, als dem ungefährlichsten

und sicher wirkenden, den Vorzug. Wir halten uns grundsätzlich an kleine Dosen und verwenden nur 0,05 g Tropacocain in isotonischer Lösung ohne Zusatz von Nebennierenpräparaten. Die erwähnten Glaskölbchen enthalten 1,5 ccm einer 5%igen Lösung von Tropacocain. In der Art, wie ich oben beschrieb, wird dann 1 ccm eingespritzt.

Höhe der Anaesthesie. Um die Anaesthesie hoch hinaufzutreiben, giebt es zwei Mittel:

1. Man löst das Anaestheticum in viel Flüssigkeit (6—10 ccm) und spritzt diese ganze Menge ein. Auf diese Weise habe ich schon im Anfange meiner Versuche schmerzlose Operationen unter Cocain an den Armen ausgeführt. Verdünnt man die Lösung auf 6—10 ccm mit Wasser, so treten sehr heftige Nacherscheinungen auf. Deshalb ist es besser, das in 1 ccm gelöste Anaestheticum durch Ansaugen von Liquor zu verdünnen und dann die ganze Menge einzuspritzen.

2. Man bringt (nach Kader) den Kranken sofort nach der Injection, je nach der gewünschten Höhe der Anaesthesie in mehr oder weniger starke Beckenhochlagerung.

Mit der Combination beider Mittel lassen sich sehr hochgehende Anaesthesien erzeugen.

0,05 g Tropacocain mit Liquor auf 6—8 ccm Lösung verdünnt und zwischen zweitem und dritten Lendenwirbel eingespritzt, genügen auf alle Fälle, um eine hinreichende Anaesthesie bis zum Nabel aufwärts hervorzubringen. Ob es zweckmässig ist, noch höher hinaufgehende Operationen unter Rückenmarksanaesthesie auszuführen, muss die Erfahrung lehren. Jedenfalls ist es, wie ich mich mehrfach überzeugt habe, möglich, grosse Operationen an den Armen (z. B. Amputationen) und die Amputatio mammae unter Rückenmarksanaesthesie schmerzlos auszuführen. Kader hat sogar Kropfoperationen darunter gemacht.

Ein gutes Mittel, um den Eintritt und die voraussichtliche Höhe der Anaesthesie zu beurtheilen, ist die Prüfung der Reflexe (Finkelnburg). Die Anaesthesie reicht fast stets so weit, wie nach 1—2 Minuten die Reflexe verschwunden sind. Bei mangelhafter Höhenausdehnung muss die Beckenhochlagerung angeschlossen werden. Meist genügt eine entsprechende Verdünnung des einzuspritzenden Mittels durch Liquor, um hochgehende Anaesthesien hervorzurufen.

Gefahren der Rückenmarksanaesthesie. Für die Rückenmarksanaesthesie, die sich immer noch in der

Entwickelung befindet, giebt es noch keine so streng vorgeschriebene Technik zur Vermeidung der Gefahren, wie sie eine ausgedehnte Erfahrung für die Allgemeinnarkose ausgebildet hat. Die Gefahren der Rückenmarksanaesthesie werden durch drei Gründe heraufbeschworen:

1. Durch ungeeignete Mittel, z. B. Cocain. Das auch von uns früher so hochgeschätzte Stovain hat in letzter Zeit an Ansehen verloren, weil Lähmungen danach beobachtet wurden. Die häufig eintretenden Augenmuskellähmungen sind von untergeordneter Bedeutung, da sie eine gute Prognose haben. Schlimmer sind Respirations- und andere Lähmungen, die danach vorkamen. Die ausgedehnten Erfahrungen österreichischer Chirurgen, die ich bestätigen kann, beweisen, dass das Tropacoçain zur Zeit wohl das beste Mittel ist, das auch ausserdem noch die geringsten Neben- und Nacherscheinungen hervorruft. Novocain und Alypin, das vielfach verwendet ist, kann ich nach unseren Erfahrungen nicht empfehlen.

2. Durch Ueberschreitung der zulässigen Dosis. Ich kann mich der Ueberzeugung nicht erwehren, dass die Dosis der Giftmittel sehr häufig viel grösser genommen wird, als es, richtige Verwendung der geschilderten Hülfsmittel vorausgesetzt, nöthig ist. So genügt, wie ich schon erwähnte, die Dosis von 0,05 g Tropacocain vollkommen.

3. Durch fehlerhafte Punction und fehlerhafte Einspritzung. Dieser Punkt wird noch viel zu wenig beobachtet. Quälende Paraesthesien, Hyperaesthesien, Anaesthesien, Lähmungen sind sicherlich in der grössten Mehrzahl der Fälle hierdurch hervorgerufen.

Deshalb halte sich der Anfänger genau an die beschriebene Technik, die sich uns bewährt hat. Der Erfahrene mag ja andere Wege gehen, da eine allgemein angenommene Technik noch nicht existirt, und wir ja vielleicht noch Fortschritte auf diesem Gebiete machen werden. Die Hauptregel, die zu beherzigen ist, um Gefahren und Misserfolge zu vermeiden, lautet: Man spritze nie das Anaestheticum ein, bevor nicht der Liquor in rascher Tropfenfolge oder im Strome hervorquillt. Erreicht man dies auch durch Drehen oder durch Vor- und Zurückschieben der Nadel nicht, so wiederhole man lieber die Lumbalpunction in einem höheren oder niederen Zwischenwirbelraum. Ferner eignet sich die Rückenmarksanaesthesie nicht für die ambulante Praxis. Der Operirte soll mindestens 24 Stunden Bettruhe beobachten. Beobachtet

man die beschriebenen Vorsichtsmaassregeln, so halte ich die Gefahren der Rückenmarksanaesthesie für sehr gering." (Med. Klinik 1906 No. 43.)

— **Mittheilungen zur Morphin-Scopolamin-Narkose** macht Dr. B. Korff (Freiburg i. B.) und empfiehlt diese Methode auf's Neue sehr warm. Er selbst führt sie so aus: Nach gewöhnlicher chirurgischer Vorbereitung erhält Pat. eine Stunde vor dem Beginn der Einspritzung eine grosse Tasse warmen Getränkes, dann erfolgt die Einspritzung von je 1/3 einer mit der Gesammtdosis gefüllten Pravaz 2 1/2, 1 1/2 und 1/2 Stunde vor der Operation. Die Wirkung ist bei verschiedenen Individuen nicht ganz gleichmässig, oft vollkommen genügend, namentlich bei sehr alten Leuten schon bei 2/3 Spritzen, manchmal mehr oder weniger ungenügand. Im Ganzen verfügt Autor über mehr als 400 Fälle (Pat. von 13 bis 85 Jahren) ohne irgend welchen üblen Zwischenfall. Pat. soll während der Narkose von Beginn an nicht gestört, im dunklen Zimmer möglichst ruhig gehalten werden, und alle äusseren Sinneseindrücke sollen ferngehalten werden. Dann schläft er gewöhnlich bald ruhig ein. Der Schlaf vertieft sich, die Anaesthesie nimmt allmählich zu, die Reactionen auf äussere Nervenreize nehmen ab; die Pupillen verhalten sich je nach Vorwiegen der Morphium- oder Scopolaminwirkung verschieden. Puls und Respiration werden manchmal zuerst etwas beschleunigt. Die Glieder hängen bald schlaff herab. Die Operationen können in grösster Ruhe ausgeführt werden, und die Scopolamin-Morphin-Darreichung in der Dosis von 10—12 dmg Scopolamin und 2 1/2—3 cg Morphin ist durchaus geeignet, eine andere Narkose zu ersetzen, ohne Gefahr für die Herz- und Lungenthätigkeit und ohne üble Einwirkung auf andere Organe. Ist die Wirkung einmal nicht genügend, so ist Zusatz von etwas Chloroform oder Aether zu empfehlen. Die Hauptannehmlichkeiten der Morphin-Scopolamin-Narkose bestehen im Wegfall der quälenden Brechneigung während und nach der Operation sowie der physischen Beruhigung vor und der Schmerzlosigkeit nach der Operation. Meist schlafen die Pat. noch 4—6 Stunden ruhig nach der Operation. Kleine Dosen von 1—4 dmg Scopolamin und 1/2—1 1/2 cg Morphin empfiehlt Autor als vorzügliches schmerzstillendes und dadurch schlafmachendes Mittel bei schmerzhaften Leiden, namentlich inoperablen Geschwülsten, Tabes und bei Geburten. Autor benützt jetzt das Scopolamin. hydrobrom. Riedel, das in Ampullen

mit sterilisirtem Inhalt in den Handel kommt. Jede Ampulle enthält die zur Narkose nöthige Menge der als „Scopomorphin" bezeichneten Combination:

Scopolamin. hydrobr. 0,0012
Morph. mur. 0,03.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 51.)

— **Alypin gegen Erbrechen nach der Narkose** empfiehlt Dr. E. Wanietschek. Es werden, sobald der Narkotisirte erwacht, 5—6 Tropfen 5%iger Lösung gegeben, was das Erbrechen meist ein für allemal coupirt. Eventuell muss man nach 1—2 Stunden die Dosis wiederholen. Neuerdings giebt Autor auch zu Beginn der Narkose schon 5—6 Tropfen, wodurch das Brechen und Würgen zu Beginn der Narkose vermieden wird. (Prager med. Wochenschrift 1906 No. 50.)

Basedow'sche Krankheit. Die partielle Exstirpation der Schilddrüse als Heilmittel in einem Falle von B. hat Dr. A. v. Torday (2. Medic. Univ.-Klinik Budapest) kennen gelernt. Es handelte sich um einen schweren Fall, der nach erfolgter Operation im Laufe der Zeit eine auffallende Besserung erkennen liess. Die Operation wurde unter localer Anaesthesie vollführt und bestand in der Resection beider Hälften der erheblich vergrösserten und pulsirenden Schilddrüse. Es verschwanden darauf die nervösen Zustände, die Schwäche, die Schweisse, es fand Gewichtszunahme statt. Wenn eine solche Operation also auch nicht immer so erfolgreich ist, so muss man doch so früh wie möglich an sie denken, speciell in Fällen, wo auf anderem Wege nichts zu erreichen ist, der Zustand des Pat. aber rasche Abhülfe erfordert.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 48.)

— Einen **Beitrag zur Serumbehandlung** der B. liefert Dr. Mayer (Löffingen) und schreibt darüber: „Es handelt sich um ein 23jähriges Mädchen, zu dem ich am 28. März d. J., Abends gerufen wurde. Der Befund war folgender: Grosses, blasses, sehr stark abgemagertes Mädchen. Haut trocken, fühlt sich kühl an. Subnormale Temperatur. Pulsfrequenz 140—160. Deutliche, stark hervortretende Basedow-Symptome. Die Pat. macht geradezu einen moribunden Eindruck. Ich bemühte mich zunächst, die Herzthätigkeit durch Kamphereinspritzungen und Digitalismedication zu heben. Am nächsten Tage war eine kaum merkliche

Besserung eingetreten. Die Pulsfrequenz betrug immer noch 140—150. Das Allgemeinbefinden zeigte keine Aenderung. Da die Pat. schon jahrelang von verschiedenen Collegen ohne Erfolg den üblichen Behandlungsmethoden ihres Leidens unterzogen worden war, so beschloss ich, unter Aussetzung jeder anderen medicamentösen Therapie, noch einen Versuch mit Antithyreoidinserum Möbius zu machen. Ich begann mit geringen Dosen. Zunächst dreimal täglich 10 Tropfen, steigend um 5 Tropfen bis zu 30 Tropfen. Schon am vierten Tage, nachdem ungefähr 4 ccm des Serums eingenommen worden waren, trat deutliche Besserung ein. Das Allgemeinbefinden hob sich, die Pulsfrequenz ging auf 100 bis 120 zurück. Nach acht Tagen hatte sich Pat. wieder soweit erholt, dass sie leichte Hausarbeit verrichten konnte. Ich liess dazu dreimal täglich 20—30 Tropfen Serum einnehmen, bis ungefähr 20 ccm im Ganzen verbraucht waren. Pat. fühlte sich immer wohler, der Exophthalmus, der vorher geradezu erschreckend war, ging zurück. Der Umfang der Struma verminderte sich um 2 cm. Die Pulsfrequenz war durchschnittlich 100. Das Allgemeinbefinden sehr gut. Pat. hat jetzt den Sommer über sehr viel Feldarbeit verrichtet. Heute, nach einem halben Jahre, ist das Befinden des Mädchens, das ich seither beobachtete, unverändert."

(Münch. med. Wochenschr. 1906 No. 49.)

Blutungen. **Die Milch als Haemostaticum** empfiehlt Dr. P. Solt (Riga). Milcheingiessungen in den Darm wirkten prompt bei B. in Folge Ulcus ventriculi, bei Uterusblutungen (Postpartumblutungen mit Placentaretention, unvollendete Aborte), bei Lungenblutungen. Es wurden gewöhnlich jedes Mal ½ — 1 L. eingegossen. Das geschah immer, während der Patient mit angezogenen Beinen auf der linken oder rechten Seite lag. Seitenlage ist unbedingt nothwendig zum Zurückhalten der Flüssigkeit; die Hüften liegen fester aufeinander, und der Pat. kann den Sphincter ani leichter contrahiren. Bei Bewusstlosen, bei denen der Sphincter oft vollkommen erschlafft ist, kann man den Anus vermittels der oberen Hüfte tamponiren, indem man die Hüfte fest auf die Darmmündung drückt. Nur dann ist es schwer, die Flüssigkeit zurückzuhalten, wenn der halb bewusstlose Pat. zurückdrängt. Dann muss die Temperatur der Flüssigkeit genau der Körpertemperatur angepasst sein. So hat Autor einem jungen Mädchen, das in Folge schwerer Schädelverletzung 13 Tage lang be-

wusstlos lag, Milchclystiere, zuerst (15 Minuten nach dem Unfall) wegen etwaiger Blutung im Schädelinnern und später der Ernährung wegen, gegeben. Die Pat. konnte während dieser Zeit auch eingeflösstes Wasser nicht hinunterschlucken. In den letzten Tagen, als die Bewusstlosigkeit nicht mehr so tief war, drängte Pat., falls die Milch zu kalt war, stark zurück; körperwarme Milch behielt sie. Bettlägerige Pat. behielten meist die Eingiessung ganz. Sie wurde verdaut und resorbirt. Ambulante Pat. behielten die Milch ganz oder nur theilweise; die Wirkung aber zeigte sich immer. Das geeignetste Instrument für die Eingiessungen ist die Klysopompe. Wie wirkt nun die Milch? Sie enthält eine Reihe von Bestandtheilen, die sich bei B. bewährt haben: Eisen-, Phosphor-, Schwefel-, Citronensäure, vor allem Kalksalze. In der Milch schwimmen Leukocyten, und die Zerfallsproducte der Kerne derselben sollen das Ferment zur Blutgerinnung liefern. Als Haemostaticum wirkt die Milch aber nur per rectum angewandt!

(Therap. Monatshefte, Oktober 1906.)

— **Die Behandlung von Magen- und Darmblutungen mit flüssiger Gelatine** empfiehlt Dr. Arth. Mann (städt. Krankenhaus in Ludwigshafen a. Rh.). Er gab das Mittel genau nach der Cohn'schen Vorschrift:

Rp. Gelatin. 20,0
Coq. c. Aq. dest. per horas VI
ut remaneat fluida, ad 180,0
Filtra frigide, adde
Acid. citr. 2,0
D. S. 2stdl. 1—2 Esslöfel.

Die Wirkung war prompt und eclatant, ohne dass sonst eine Medication stattfand.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 1.)

— **Zur Nasentamponade** ergreift Dr. C. Häuselmann (Biel) das Wort. Er ist Gegner der Nasentamponade sowohl bei Epistaxis wie auch nach Operationen, indem er den Eingriff als schädlich ansieht. Die Durchgängigkeit für Luft wird versperrt, der Abfluss aus den Nebenräumen behindert, Schmerzen beim Einführen und Entfernen verursacht u. s. w. Die Tamponade kann auch stets umgangen werden durch Application von Perhydrol (Merck), das eine sicher wirkende Thrombosierung der Gefässe gewährleistet, und event. ja öfters an die blutende Stelle gebracht

werden kann. Und ist mal ein grösseres Gefäss angeschnitten, wo Perhydrol versagt, so kann man hier eine kleine Kugel von Eisenchloridwatte appliciren. Seit ½ Jahr hat Autor keine Tamponade mehr vorgenommen, die er nur als ultimum refugium ansieht. Nachblutungen kommen ja vor, der Pat. kann aber 30 g 3%iges Perhydrol mitbekommen und damit stets Herr der B. werden. Dies die an mehreren Dutzend Fällen gemachten Erfahrungen.

(Monatsheft f. Ohrenheilkunde u. s. w. 1906 Heft 10.)

Colpitis. **Ueber C. senilis** lässt sich Dr. R. Pilsky (Altona) aus. Diese Erkrankung ist gar nicht selten und macht typische Symptome. Besonders 2 Erscheinungen treten in den Vordergrund: Schmerzen und Fluor. Erstere, in der Regel in der Scheide localisirt, sind an Intensität recht verschieden. Es giebt Fälle, wo unempfindliche Pat. kaum etwas merken, in anderen treten heftigste Beschwerden auf, und zwar oft bei Tage und Nacht fast andauernd. Die Pat. müssen häufiger urinieren und verspüren dabei stechende Schmerzen, die nach dem Harnlassen noch heftiger werden. Der Fluor hat stets eitrigen Character, ist von gelblich-grünlicher, manchmal ins Röthliche übergehender Farbe, theils profus, theils spärlich, meist dünn, selten dickflüssig. Bei starkem Fluor erkennt man an Vulva, Labien, Analgegend Zeichen einer acuten Entzündung. Selten gehen eingedickte Borken von trockener Beschaffenheit aus der Vagina ab. Auf der häufig ganz reactionslos aussehenden, blassen, senilen Scheidenschleimhaut erblickt man circumscripte, rundliche, hochgradig geröthete, manchmal das Niveau überragende Flecke von Linsen- bis Markstückgrösse und gering gekörnter Oberfläche. Die Stellen sind epithellos, feucht glänzend, bluten leicht bei Berührung, confluiren später oft und erzeugen grössere Defecte. Manchmal verkleben dann die Wände, es entsteht die C. senilis adhaesiva. Therapeutisch am besten wirkt der Holzessig. In das in die Vagina eingeführte Milchglasspeculum giesst man reinen Holzessig und benetzt durch Hin- und Herbewegen die ganze Schleimhaut 2—3 Minuten. Der überflüssige Holzessig wird durch Senken des Trichters des Speculums entfernt, wobei man die empfindliche Anusgegend gut zu schützen hat. Stellt sich Brennen in der Scheide ein, hilft eine kalte Douche. Nach 2—3 Tagen Wiederholung. In der Zwischenzeit täglich 2 Mal Scheidendouchen mit 1—2 Esslöffel Holzessig auf 1 L. kalten (wirkt am wohlthuendsten)

Wassers. Diese Douchen sind auch nach Verschwinden des Leidens lange Zeit fortzusetzen. Stellt sich adhaesive Entzündung, secundäre Atresie ein, so sind die Vaginalwände in Narcose mit dem Finger stumpf von einander zu trennen und darauf das ganze Scheidenrohr fest zu tamponieren. (Vioformgaze). Nach 8 Tagen Entfernung des Tampons und lange Zeit hindurch die geschilderten Douchen. (Medicin. Klinik 1906 No. 42.)

Cystitis. **Die Behandlung der C. mit Alkohol** empfiehlt Dr. J. Sellei (Budapest). Er spült die Blase mit 5—10 bis 15%iger Lösung aus, die er sich von absolutem Alkohol herstellt. Er beginnt mit 5%iger Lösung, die er täglich oder jeden 2.—3. Tag (in den Zwischentagen dann Spülungen mit der üblichen Bor- oder Kaliumpermanganatlösung) applicirt, und geht dann allmählich zu stärkeren über. Anfangs lässt er die mittels Katheters in die Blase gebrachte Flüssigkeit sofort wieder heraus, später bleibt sie 10—30 Minuten in der Blase. Besonders guten Erfolg zeigte diese Behandlung bei der C. in Folge Prostatahypertrophie. Autor konnte mit den Alkoholwaschungen in sehr vielen solchen Fällen die ammoniakalische Zersetzung des Urins schon in ganz kurzer Zeit hemmen. Gute Resultate sah er auch bei C. gonorrhoica, wenn keine anderen Complicationen, z. B. Pyelitis, vorhanden waren. Die Alkoholwaschung verursacht anfangs eine schwache oder stärkere Irritation der Blasenschleimhaut, subjectiv etwas Brennen. Aber der Alkohol scheint auf die eine C. hervorrufenden Bacterien eminent deletäre Wirkung auszuüben, und auch die adstringirende und antikatarrhale Wirkung ist eine prägnante und trägt zu den Heilerfolgen bei. (Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 45.)

— Ueber **die Therapie der acuten und chronischen C.** lässt sich Prof. Dr. S. Ehrmann (Wien) auf Grund seiner reichen Erfahrungen aus. Wir entnehmen seinen Mittheilungen Folgendes: Bei der *Gonokokkencystitis* sind die Präparate der Salicylsäure am wirksamsten. Die Erfahrung, dass nach Darreichung von Natr. salicyl. oder Salol die Erscheinungen der C. zurückgehen oder schwinden, ist eine so häufige, bei jahrelangen Beobachtungen so häufig gemachte, dass an der Thatsache nicht zu rütteln ist. Man verordnet sie am besten in kleineren, öfter aufeinander folgenden Dosen (½ g 6 Mal am Tage) nach dem Essen. Bei etwas länger dauernden Formen sind die Balsamica:

das Ol. Sign. Santali in Verbindung mit Salicylpräparaten als Santyl und mit Kawaharz als Gonosan, wie auch Ol. Terebinth. zu empfehlen. Urotropin ist bei reiner Gonokokkencystitis weniger wirksam als bei den Formen der C., welche mit den verschiedenen Abarten der Colibacillen entstehen, sowie bei reiner Colicystitis; es wird 3 Mal im Tage zu 0,5—1,0 oder 6 Mal zu 0,5 gegeben. Aehnlich wirken Citarin und Helmitol. Selten erfordern Handrang, Schmerzen, Haematurie noch eine spezielle Medication. Als solche ist zu empfehlen ein Decoct von Fol. uvae ursi oder von Herba Herniariae oder Herba Chenopodii ambrosioides als Thee, am besten alle 3 zusammen, mehrmals am Tage zu nehmen. Bei sehr starkem Harndrang verwendet Autor gern Suppositorien mit Morphium (0,01). Wenn ausnahmsweise die Blutungen nicht mit dem Harndrang sistiren, kann zweckmässig Extract. Secal. in Form von Suppositorien gegeben werden, und zwar 1 g auf 5 Suppositorien, 2—3 Stück am Tage zu verwenden. Wenn die Reizerscheinungen geschwunden sind, kann zur localen Behandlung übergegangen werden. In der ersten Zeit wendet man blande Spülmittel an, Borsäure (2—3%) lauwarm. Zuerst spritzt man nur ganz kleine Mengen ein, etwa 25 g, und zwar bei nicht ganz entleerter Blase (wo es die Wegsamkeit nur irgendwie gestattet, mittels weichen Nélaton-Katheters und am besten Spritze), weil sonst die in die ganz leere Blase eindringende Flüssigkeit Contractionen der Blase auslösen kann. Diese Procedur wird solange wiederholt, bis die Spülflüssigkeit ganz klar herauskommt, dann lässt man einen Theil, 10—15 g, in der Blase und zieht den Katheter hervor. Diese Flüssigkeit kann nach 10—15 Minuten spontan entleert werden. Wenn der Reizzustand sich so weit gebessert hat, dass man 50 g Flüssigkeit wenigstens noch hineinbringen kann, dann kann man zu stärker desinficirenden Präparaten übergehen, zu Argent. nitr., das Autor wirksamer gefunden hat als alle neueren Präparate. Man kann aber auch versuchen, mit Kal. permanganat auszukommen, mit Zuhülfenahme eines Katheters oder der Janet'schen Methode. Im ersteren Falle verfährt man am besten folgendermaassen: Man führt den Katheter bis in die Blase ein, entleert den Harn und spritzt von einer Lösung von Kal. permang. 1 : 1000 zunächst etwa 25 g ein, zieht hierauf den Katheter sehr vorsichtig so weit heraus, dass die Flüssigkeit eben aufhört, aus dem Katheter zu rinnen, dann liegt das Katheterfenster in der Pars prostatica, und wenn man nun weiter

einspritzt, so geht die Flüssigkeit wohl in die Blase, aber nicht zurück. Die Lösung bespült dann auch die hintere Harnröhre. Wenn 50—100 g eingedrungen sind, schiebt man den Katheter wieder in die Blase vor, lässt die Flüssigkeit herausrinnen und entfernt den Katheter. Bei der Borsäureeinspritzung konnte man immer spontan die Lösung entleeren lassen, weil sich die Borsäure nicht zersetzt und im Rücklauf wieder auf die Harnröhre einwirkt, während Kal. permanganat die bekannte Zersetzung erleidet. Die Janet'sche Methode passt mehr für chronische Fälle. Arg. nitr. kann in Lösungen von 0,25—1 g auf 1000 zu Blasenspülungen verwendet werden. Vorausgehen muss Ausspülung mit lauwarmer Borsäure, bei viel Schleimbildung von physiol. Kochsalzlösung. In den ersten Tagen, solange die Reaction der Blase gegen Höllenstein noch nicht bekannt ist, sehe man lieber von der Mitbehandlung der hinteren Harnröhre ab und spritze nur in das Cavum der Harnblase 25 g der schwächsten Lösung (0,25 : 1000) ein, sie einige Secunden darin belassend und durch den Katheter dann entleerend. Wird das gut vertragen, so wird etwas mehr injicirt und bis zu 1 Minute in der Blase belassen. Später kann der Katheter entfernt und der Pat. angewiesen werden, die Lösung nach 1 Minute spontan zu entleeren. Die Behandlung *anderer Formen der acuten C.* geht von den gleichen Grundsätzen aus. Von internen Mitteln wird namentlich bei ammoniakalischem Harn das Urotropin sehr gute Dienste leisten, besonders bei der mit Stricturen und Prostatahypertrophie einhergehenden C. Bei starksaurem Harn wird mit Vortheil Aq. Calc. zu gleichen Theilen mit Milch vermengt (etwa 30—35 g in 1 Glas Milch) 3 Mal am Tage gereicht. Ferner alkalische Wässer, Preblauer, Biliner, ausserdem Salicylpräparate, Benzoesäure und Methylenblau 0,1—0,5 pro dosi, 1 g pro die in Oblaten und Kapseln. Was Lebensweise und Nahrung betrifft, so setzt Autor bei alkalischem Harn die Pat. nicht auf ausschliessliche Pflanzen- und Milchkost (schon die resultirende Obstipation wirkt schädlich auf die C. ein), giebt ausser einer geringen Menge leichter Fleischspeisen grüne Gemüse, Fruchtsäfte, Compots und vermeidet nur grössere Mahlzeiten auf einmal. Bei *chronischer C.* ist Urotropin zu empfehlen, das hier, besonders bei Prostatikern, bei den nicht gonorrhoischen Cystitiden der Frauen und bei den nicht eitrigen Bacteriurien durch die bactericide Wirkung seiner Spaltungsproducte von vorzüglicher Wirkung ist. Doch ist nicht auch eine locale Therapie nöthig

am besten mit Arg. nitr. Es können etwas höhere Concentrationen als bei acuter C. genommen werden, auch sollen zur Ausspülung grössere Mengen sterilen Wassers oder Borsäure eingeführt werden, weil hier die Blasenmusculatur meist schon erschlafft ist und die Blase sich nicht vollständig entleert. Man muss besonders darauf sehen, dass die beim Liegen tiefgelegenen Parthien der Blase mit dem Katheter ausgehebert werden. Es soll namentlich, wenn der Harn anscheinend schon ganz entleert ist, der Katheter etwas vor- und nach rückwärts gezogen werden, damit man sicher sei, dass das Katheterfenster auch in die beim Liegen tiefstgelegenen Stellen der Blase gekommen ist. Bei der chronischen C. sind auch die adstringirenden Mittel, das Zinc. sulf. oder sulfocarbolic. (0,5—1%), Alaun (0,5%) am Platze, besonders bei hypertrophischen Formen. Mit Nutzen wird auch die Janet'sche Spülung mit Kal. permang. ohne Zuhilfenahme des Katheters verwendet. Lösungen von 0,5 — 1,0 : 1000 werden aus einem Irrigator, nachdem die im Rohre befindliche zersetzte Flüssigkeitsmenge abgelassen wurde, durch eine an die Harnröhrenmündung gepresste Olive bis in die Harnblase injicirt. Dabei leistet der der Dammmusculatur angehörige Compressor urethrae einen stärkeren, der Sphincter einen schwächeren Widerstand. Wenn dieser durch die Regulierung des Flüssigkeitsdrucks nicht überwunden wird, weise man den Pat. an, entweder Ejaculationsbewegungen zu machen oder das Harnen zu intendiren. Zuweilen fand Autor es vortheilhafter, die Aufmerksamkeit des Pat. durch ein seiner Krankheit fernliegendes Gesprächsthema von seiner Dammmusculatur abzulenken oder ihn etwas recitiren zu lassen, was von frappanter Wirkung ist. Es wird soviel eingelassen, bis der Kranke das Bedürfniss zu harnen hat, dann die Olive abgesetzt; der Pat. lässt dann die Flüssigkeit ab. Die Procedur kann so lange wiederholt werden, bis 1000—2000 ccm successive durchgelaufen sind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 49.)

Enteroptose. **Zur Behandlung schwerer Fälle von E.** wendet Priv.-Doz. Dr. A. Strasser (Wien) mit grossem Erfolg eine besondere Methode an. Er berichtet darüber Folgendes: „Seit einem Jahre wende ich bei schweren Fällen von E., welche den üblichen therapeutischen Eingriffen trotzen, die folgende Methode an: Ich lasse die Patienten durch mehrere Wochen in der Rückenlage liegen,

hebe das Kreuz durch ein unterlegtes Polster und belaste den Bauch mit einem Schrot- oder Sandsack. Es genügt, wenn der Bauch durch das unterlegte Polster in die Höhe des Kopfes gehoben wird, und es ist durchaus nicht nothwendig, dass der Kopf etwa sehr tief gesenkt sei. Das unterlegte Polster soll breiter sein als der Körper, sonst wird die Lage besonders in den ersten Tagen mitunter etwas quälend. Der belastende Sack wurde bisher etwa halbmondförmig auf die untere Bauchhälfte angelegt, und die Hauptmasse des Inhalts bald gleichmässig vertheilt, bald ungleich, sodass grössere Mengen bald auf beiden Seiten, bald in der Mitte oder einseitig vertheilt waren. Die Länge des Belastungssackes war etwa 40 cm, die Breite 8—10 cm und das Gewicht um 3 kg herum. Ich liess die Patienten meist schon vom ersten Tage an mit dem vollen Gewicht von 3 kg belasten, mitunter wendete ich anfangs etwas leichtere Säcke an, um nach wenigen Tagen auf 3 kg zu steigen und sah, dass der in den ersten Tagen unangenehm empfundene Druck sehr bald leicht und schmerzlos vertragen wurde. Tagsüber blieb der Belastungssack fast stets ununterbrochen liegen und mehrfach gelang es durchzusetzen, dass die Patienten auch nachtsüber dieselbe Lage einhielten und mit der Belastung schliefen. Auch liess ich so viel als möglich auch während der Essenszeit den Sack unverändert liegen, was keinerlei Schwierigkeiten machte. Die forcirten Ernährungskuren sind in dieser Lage viel leichter durchführbar und damit die Bedingungen für die Erholung der erschlafften Parthien gegeben. Ich sah unter der Belastung 1. die Enteroptoseschmerzen sehr rasch weichen; 2. sah ich, dass der Magen sich seines Inhaltes wesentlich rascher entledigt, dass Retention von Nahrungsmitteln nicht zu constatiren war, ja selbst bei Leuten, bei welchen sonst die Füllung des Magens einen Spasmus des Pylorus auslöste, und dadurch der raschen Entleerung der Ingesta ein Hinderniss entgegengesetzt war, sah ich, dass dieser Zustand unter der Belastung nicht auftrat oder raschestens vorüberging; 3. sah ich, dass die Methode uns der sehr subtilen Auswahl in Menge und Qualität der Nahrungsmittel enthob, die Patienten vertrugen vieles, was sie früher nicht essen durften, und was besonders wichtig ist, sah ich mich nicht genöthigt, die Flüssigkeitsmenge einzuschränken. Die Patienten vertrugen grosse Quantitäten von Milch ohne Beschwerden und endlich sah ich 4. dass die Stuhlentleerung sich entweder rasch von selbst regulirte oder ent-

gegen der Zeit von der Behandlung sich durch geringfügige Eingriffe leicht reguliren, liess. Ich war auch oft genöthigt die Behandlung an Ambulanten durchzuführen, diesen befahl ich, sich zweimal täglich zur Zeit der grösseren Mahlzeiten in die beschriebene Lage zu begeben und wenigstens $1^1/_2$—2 Stunden nach den Mahlzeiten mit belastetem Bauch liegen zu bleiben. Der Erfolg war auch in diesen Fällen meist ein sehr befriedigender, nichtsdestoweniger würde ich darauf beharren, bei ganz schweren Fällen die vollständige Liegecur und Belastung als Radicalcur zu fordern. Die Methode eignet sich vermöge ihrer Einfachheit für alle Arten von E., ich fand sie jedoch für die ganz schweren Fälle für besonders geeignet. Die üblichen Methoden, Massagen, Bindenbehandlung u. s. w. sind bei E. mit überhängendem Bauch meist gut anwendbar, bei den schweren Fällen mit starker Abmagerung hat man für Massage sowohl als auch für Binden kaum geeignete Angriffspunkte. Die Massage der verdünnten Bauchdecken schmerzt oft, die Binden halten schlecht und drücken auch häufig schmerzhaft durch die dünnen Schichten auf die Wirbelsäule. Die E. der Frauen nach mehreren Geburten mit Hängebauch u. s. w. sind also ceteris paribus die leichteren, sie fordern aber die Combination der Belastungsbehandlung mit Massage mehr als die mageren E. mit eingezogenem Bauch und stark hängenden Bauchorganen. Ich fand die grösseren Effecte der Belastung bisher mehr bei den letzteren, der sonstigen Behandlung schwerer zugänglichen Fällen."

(**Medicin. Klinik 1906 No. 49.**)

— **Ueber das Facialisphaenomen bei E.** handelt eine Mittheilung von Primararzt Dr. W. Mager (Mährische Landeskrankenanstalt in Brünn). Mehrfache Beobachtungen haben gezeigt, dass das von Chvostek zuerst für die Tetanie beschriebene Phänomen der mechanischen Uebererregbarkeit des N. facialis nicht für die Tetanie allein pathognomonisch sei, sondern auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen (Tuberculose, Chlorose, Neurasthenie, Hysterie, Magendarmaffectionen) auftritt. Autor fand nun, dass das Facialisphaenomen nahezu constant bei den an Enteroptose leidenden Pat. zu finden ist, sodass es mit der E. in engem Zusammenhang stehen muss und den Symptomen der E. zugerechnet werden kann. Es handelt sich um 40 Frauen mit E., bei denen durchwegs ein positiver

Ausfall des Chvostek'schen Phaenomens constatirt wurde, das in allen 3 Graden auftrat, indem beim Beklopfen des Facialisstammes Zuckungen im ganzen Facialisgebiete hervorgerufen wurden (Chvostek I) oder beim Beklopfen einer Stelle unterhalb des Pons zygomaticus Heben des Nasenflügels und der Oberlippe auftrat (Chvostek II) oder endlich auf Beklopfen dieser Stelle nur ein Zucken des Mundwinkels sich einstellte (Chvostek III). Am häufigsten war der 2. Grad vorhanden, meist doppelseitig. In allen diesen Fällen bestanden nun auch Störungen von Seiten des Darmes, in der Regel in Form einer hartnäckigen Obstipation. Dies gab Veranlassung, die Darmfunction der Pat. genauer zu prüfen. Als das wichtigste Resultat dieser Stuhluntersuchungen ist der Befund pathologischer Gasbildung der Faeces bei der Brutschrankprobe hervorzuheben, der in 22 Fällen auftrat (von 24 Beobachtungen). Es ist also die Obstipation bei E. durch abnorme Gasbildung, theils Gährung, theils Fäulniss, charakterisirt, und wohl der Schluss berechtigt, dass die gestörte Darmfunction gleichzeitig mit der Bildung abnormer Stoffwechselproducte einhergeht, welche zu einer Selbstvergiftung des Organismus führen. Es wurden nun auch bei 3 Tetaniekranken Stuhluntersuchungen vorgenommen und bei allen ausserordentlich starke Gährung mit saurer Endreaction constatirt, ein weiterer Beweis für die Annahme eines intestinalen Ursprunges der Tetanie. Autor möchte auch *das Auftreten des Facialisphaenomens bei E. als durch Autointoxication von Seiten des gestört functionirenden Darmes hervorgerufen* ansehen. Er sah es bei Pat. verschwinden, bei welchen unter therapeutischen Maassnahmen eine Regelung der Magen- und Darmthätigkeit erzielt wurde, und möchte in dieser Beziehung auf den Erfolg der Mastcur bei E. hinweisen, bei welcher ja mit der Erzielung einer Gewichtszunahme, die ja doch nur als der Effect einer Regelung der Magen- und Darmthätigkeit eintritt, auch eine Besserung in Bezug auf die nervösen Symptome einhergeht. Es drängt sich nun die Frage auf, warum bei den so ähnlichen Darmstörungen bei E. und Tetanie es in dem einen Falle eben zur Tetanie, in dem andern blos zum Auftreten von nervösen, neurasthenischen Symptomen und zum Facialisphaenomen kommt. Für das Zustandekommen der Tetanie genügt eben nicht die Autointoxication allein, sondern es muss hier, wie neuere Arbeiten gezeigt haben, eine Insufficienz der Epithelkörperchen der Schilddrüse vorhanden sein;

bei normaler Function derselben bewirkt die Autointoxication nur vorübergehendes Auftreten des Facialisphaenomens und anderweitiger nervöser Störungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 51.)

Epilepsie. **Ueber einige neuere Methoden der Epilepsiebehandlung** gab Prof. A. Eulenburg (Berlin) seine Erfahrungen zum Besten. Zunächst über die *Combination der Brombehandlung mit einer specifischen Diaetbehandlung* (Balint'sche Bromopancur). Balint schlug eine aus täglich 300—400 g Brod, 1000—1500 g Milch, 40—50 g Butter, 3 Eiern und Obst bestehende Kost vor. Der Calorienwerth einer solchen Kost ist folgender:

300—400 g Weizenbrod	=	687— 916	Calorien
1000—1500 g Milch .	=	660—1105	„
40—50 g Butter . . .	=	302— 378	„
3 Eier	=	219— 219	„
zusammen		1868—2618	„

Diese Nahrung reicht schon quantitativ auf die Dauer nicht aus, auch ist sie so dürftig, einförmig und reizlos, dass sie meist bald widersteht. Wir müssen deshalb für eine Anreicherung in quantitativer und qualitativer Hinsicht sorgen, was auch in der Regel ganz unbedenklich ist. Es können nicht zu grosse Quantitäten (besonders weisses) Fleisch oder Fisch, ungesalzener Käse, Gemüse, Süssspeisen, auch Suppen, ernährende Getränke und nöthigenfalls künstliche Nährmittel event. hinzugefügt werden, von Gemüsen besonders Reis (auch als Milchreis, Apfelreis), aber auch Hülsenfrüchte (Erbsen, Kartoffeln, Maronen, am besten in Pureeform), Obst-, Schleim- und Mehlsuppen, als Morgengetränk (ausser Milch) Cacao, Chokolade, Malzkaffee, sonst als Getränke: kohlensäurehaltige Wasser, Limonaden, alkoholfreie Obst- und Traubenweine; von künstlichen Nährpräparaten haben sich dem Autor besonders Sanatogen und Protylin bewährt. Die Bromopancur besteht nun ausserdem in Darreichung von Bromopan, eines Brodes, das statt des NaCl eine entsprechende Menge (in der Regel 1 g auf 100 g) NaBr eingebacken enthält, und das im Geschmack sich kaum von gewöhnlichem Brod unterscheidet, deshalb fast stets anstandslos genommen wird. Allerdings kostet 1 Brod (100 g) 30 Pf., der tägliche Consum (3—4 Stück) also 90—120 Pf. Autor hat nun diese combinirte Cur seit 4 Jahren in einer Reihe

von Fällen versucht und war damit nicht unzufrieden, sobald er obige reichhaltigere Kostform verabreichte. Auch *Bromipin* hat er angewandt. Es wird von **Merck** 10%iges und 33⅓%iges hergestellt, als Flüssigkeit, jetzt auch in fester Form (Bromipin. solid. sacchar.) in Tabletten, deren jede 1,2 g des 33⅓%igen Präparates enthält, was also einem Bromgehalt von 0,4 entspricht; da das flüssige Bromipin schlecht schmeckt, ist die Tablettenform recht angenehm. (Das Mittel ist freilich teuer!) Die Erfolge waren nun bei interner (und rectaler) Darreichung überwiegend günstig, wenn man grössere Dosen (bei Erwachsenen 3—4 Esslöffel des 10%igen Präparates oder entsprechende Mengen des Bromip. solid., bei Kindern natürlich weniger) anwandte. Die rectale Application ist, namentlich bei Kindern, ganz empfehlenswerth; man beginnt mit 15 g des 33⅓%igen Präparates und steigt allmählich auf 30—40 g. Die Injectionen, die keine Darmreizung erzeugen, werden am besten vor dem Schlafengehen vorgenommen und bedürfen in der Regel erst in 4—5tägigen Intervallen einer Wiederholung. Jedenfalls haben wir im Bromipin ein für die Epilepsiebehandlung in hohem Maasse geeignetes und werthvolles Brompräparat. Auch *Cerebrin* wendet Autor seit 4½ Jahren an, in Tabletten (à 0,3), von denen man täglich 3—6 Stück giebt. Man kann diese auch, zerdrückt und in Wasser gelöst, zu Bleibeclysmen benutzen. Für subcutane Injectionen ist das in Ampullen abgegebene Cerebrin Poehl pro inject. subcutan. bestimmt; jede Ampulle enthält 2 ccm einer 2%igen sterilisirten Lösung, hinreichend für eine Injection. Sowohl die interne wie subcutane Darreichung war nie von unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet und wurde stets lange Zeit (bis zu 6 Monaten) gut vertragen. Es kosten freilich 4 Tabletten M. 1,20, eine Ampulle 1 M. Von 22 Fällen (meist schwere, veraltete) wurden 15 nur intern, 4 innerlich und subcutan, 3 nur subcutan behandelt. Wenn auch Heilungen nicht zu verzeichnen waren, so war doch in 9 Fällen das Resultat ein entschieden gutes.

(78. Naturforscherversammlung.)
(Die Therapie der Gegenwart, November 1906.)

— **Die Erfolge der Opium-Brom-Cur bei der E.** (in Verbindung mit Bädern), die Dr. Keller (Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt Alsterdorf) erzielt hat, sind so gute, dass er sie als zuverlässigstes Mittel bei diesem Leiden be-

zeichnen kann. Die Art und Weise, wie Autor diese Cur seit 10 Jahren anwendet, beschreibt er wie folgt: „Der Kranke bekommt während 50 Tagen täglich eine dreimalige Dosis Extractum Opii, die, beginnend mit dreimal täglich 0,05 an jedem zweiten Tage um 0,01 steigt, so, dass am 50. Tage die höchste Dosis von 0,29, dreimal täglich erreicht ist. Die darauffolgende Dosis von 0,3 wird am 51. Tage morgens einmal gegeben und damit ist die Opiumbehandlung zu Ende und es erfolgt unmittelbar im Anschluss daran die Brombehandlung in folgender Weise: Am Mittag und Abend des 51. Tages wird eine Dosis von je 2 g einer Brommischung, in der auf je ein Gramm Bromkalium und Bromnatrium ein halbes Gramm Bromammonium kommt, gegeben. Am 52. und 53. Tage werden von dieser Brommischung je 6, am 54. und 55. Tage je 7 und am 56. und 57. Tage je 8 g gegeben. Vom 58. Tage an gebe ich täglich 9,0 Brom und fahre damit lange Zeit fort. Das Brom lasse ich stets in einem Glase frischen Selterswassers nehmen. Während der Opiumcur bekommt der Kranke täglich dreimal einen Esslöffel einer einprocentigen Salzsäurelösung und nach Bedarf Karlsbader Salz, doch ist es bemerkenswert, dass dies letztere selten nötig ist, da selbst nach den grossen Opiumdosen keine Verstopfung einzutreten pflegt. Je nach dem Verhalten des Magens und des Appetites habe ich statt der Salzsäure Bismut gegeben. Natürlich muss die Diät während der Cur eine leichte und gewürzfreie sein mit vorwiegend vegetabilischer Nahrung. Der Kranke muss sich ausserdem viel in freier Luft bewegen, und habe ich stets darauf bestanden, dass während der 50tägigen Opiumcur der Kranke seinen Beruf, Schulbesuch aufgiebt und von jeder Verpflichtung zu irgend einer Arbeit frei ist. Ein dritter Factor bei der Cur sind die Bäder, die während der 50tägigen Opiumcur täglich gegeben werden nach folgendem Schema. Am 1. Tage ein Bad von 24° C. und 10 Minuten Dauer, am 2. Tag ein solches von 23° und 9 Minuten, dann am 3. Tage von 22° und 8 Minuten. So kommt man am 8. Tage zu einem Bad von 17° und 3 Minuten und bleibt bei einem solchen bis zum 15. Tage, dann wird vom 16. bis 23. Tage täglich ein Bad von 17° und 4 Minuten, vom 24. bis 31. Tage ein solches von 17° und 5 Minuten und vom 32. bis 50. Tage täglich ein Bad von 17° und 6 Minuten gegeben.“ Die Cur hat Autor bei 86 Epileptiken erprobt, und zwar in der Regel

im Krankenhaus; aber auch in einem gut eingerichteten Privathaus ist sie durchzuführen, wenn stete ärztliche Ueberwachung möglich ist. Bei schwachen Personen ist sie contraindicirt. Opiumcollaps hat Autor nie gesehen, wohl aber musste er bei 16 Pat. die Cur aufgeben, weil diese schon kleine Dosen Opium nicht vertrugen. Bei Kindern sind die Dosen natürlich zu ändern. So beginnt Autor bei einem 10—12jährigen Pat. mit 0,015 Opium und steigt täglich nur um 0,005, kommt also nur auf eine Maximaldosis von 0,15, ebenso bleibt er bei einer Dosis von 4—5 g Brom täglich stehen. Es waren unter den Pat. recht schwere. Ob die Cur Erfolg hat oder nicht, hängt von Factoren ab, die wir noch nicht kennen. Nur bei 6 Pat. blieb die Cur ohne Erfolg, wesentliche Besserung trat ein bei 13 Pat., ganz weggeblieben sind die Krämpfe seit der Cur bei 22 Pat., die zwischen dem 15. und 30. Lebensjahre standen. Eine schlechte Prognose bieten die Fälle der im höheren Lebensalter auftretenden E. (Münchner med. Wochenschrift 1906 No. 48.)

— **Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall und bei der Syncope** lässt sich Fr. Schultze (Medicin. Klinik, Bonn) aus. Bis vor kurzem wurde fast allgemein gelehrt, dass sich ein hysterischer Paroxismus hauptsächlich dadurch von einem epileptischen Anfalle unterscheide, dass bei jenem die Pupillenreaction besonders auch gegenüber Licht niemals fehle, während sie bekanntlich beim epileptischen Anfalle ausbleibt. Jetzt ist man zur Ueberzeugung gelangt, dass auch beim hysterischen Anfalle Pupillenstarre vorkommt, freilich keine alleinige Lichtstarre, wie sie in dem bekannten Robertson'schen Phaenomen in Fällen von Tabes, Paralyse und Lues gegeben ist, sondern eine allgemeine Starre, also auch gegenüber Convergenz, Accomodation, sensiblen und psychischen Reizen. Meist wurde bisher bei der Hysterie eine Verengerung der Pupillen neben dieser allgemeinen Starre vorgefunden, seltener Erweiterung. Eine solche Mydriasis beobachtete nun Autor bei einem 16jährigen Dienstmädchen, das an hysterischen Anfällen litt. Autor hatte Gelegenheit, zu einem solchen hinzuzukommen und fand beide Pupillen stark erweitert und gegen Licht reactionslos (auf Convergenz und Accomodation konnte nicht geprüft werden); schon nach ½ Minute verengten sich die Pupillen langsam und bekamen ihre Reaction wieder. Es handelte sich um exquisite Pupillenstarre bei

sicherer Hysterie; früher hätte man wegen dieses Symptoms an der Diagnose Zweifel gehegt und an E. gedacht. Bei einer anderen Beobachtung handelte es sich um einen 15jährigen Schüler, der beim Turnen einen Schlag mit einem Stab gegen Herzgegend und linken Arm erlitten hatte. Der bis dahin gesunde Knabe klagte seitdem über zeitweilige Schmerzen in der Herzgegend, zeitweiliges Herzklopfen, Schwindel, Athmungsbeschwerden. Der Unfall lag schon 3 Jahre zurück. Das Nervensystem ausser den subjectiven Beschwerden und einer mässigen Herzneurose ohne Veränderungen. Keine Zeichen von Hysterie. Die Pupillen reagirten stets normal. Als Pat. nun einmal genauer untersucht werden sollte, wurde er von Schwindel- und Schwächegefühl befallen, es trat Pulsverlangsamung (bis 54) und starke Blässe des Gesichts ein; dabei waren nun die Pupillen maximal erweitert und zogen sich auf Lichteinwirkung nicht zusammen. Nach 1 Minute war der Anfall vorüber. Kein Babinski, kein unfreiwilliger Harnabgang. Es lag hier weder ein hysterischer noch ein epileptischer Anfall vor, sondern eine Ohnmacht (Syncope). Pat. litt an Angstzuständen, und ein solcher wurde hier offenbar durch die Untersuchung ausgelöst. Bei Angstzuständen können sich starke Erweiterungen der Pupillen einstellen. Ob nun solche Pupillen unter diesen Umständen oder bei Syncope überhaupt, auch ohne dass Angst sie herbeiführt, häufiger vorübergehend reactionslos werden, bleibt weiteren Untersuchungen überlassen. Um Verwechselungen mit E. zu vermeiden, ist aber die Kenntniss obiger Fälle wichtig genug. (Die Therapie der Gegenwart Januar 1907.)

Intoxicationen. **Acute Seifenvergiftung** mit letalem Ausgange sah Dr. Liebetrau (Lüneburg) zweimal in der Landesirrenanstalt in Neu-Ruppin. Das eine Mal handelte es sich um einen 18jährigen, sonst gesunden Epileptiker, das andere Mal um einen 27jährigen, sehr kräftigen Katatoniker. Beide Pat. assen je ein Stück Seife und bekamen sofort schwere Vergiftungserscheinungen (das erste Stück Seife war ganz frei von Alkali und giftigen Bestandtheilen, das andere Stück enthielt allerdings über 1% an freiem Alkali). Das klinische Bild war bei beiden Pat. wesentlich verschieden. Beim ersten beobachtete Autor heftiges Erbrechen kurz nach Aufnahme der Seife und dann pneumonische Erscheinungen mit Fieber und allgemeiner Prostration, beim anderen einen ganz acuten Verlauf, Er-

stickungserscheinungen und Tod nach kaum einer Stunde. Pathologisch-anatomisch fanden sich im ersten Falle Verätzungen von den Lippen bis zum Magen und im oberen Respirationstractus, und zwar, abgesehen von den Lippen. wenig intensiv, daneben zahlreiche bronchopneumonische Herde und Blutfülle des Gehirns, des Herzens, der Nieren; im zweiten Falle Verätzungen von der Speiseröhre bis zum Magen, Blutaustritte in deren Schleimhaut, sowie in der der Nierenbecken und der Bronchien und unter den Pleuren, blutreiche Lungen und eine auffallend weiche Milz. Beide Male waren etwa 80 g Seife gegessen worden. das erste Mal aber wurde ein nicht unerheblicher Theil durch Erbrechen wieder herausbefördert. Die Section ergab hier im Darmtractus nicht mehr die Anwesenheit von Seife; dass sie aber auch in die unteren Parthien desselben gelangt war, bewies eine im Dickdarm gefundene entzündete Parthie. Neben den verhältnissmässig geringen Aetzwirkungen war hier die schwerste Folge die Entstehung multipler bronchopneumonischer Herde in beiden Lungen in Folge Aspiration der fremden Substanz, jedenfalls während des Brechactes. Daneben dürfen wir wohl giftige Allgemeinwirkungen annehmen, wofür das Erbrechen, die auffällige Prostration kurz nach dem Seifengenuss und der rasche tödtliche Verlauf, bei der Section die Hyperaemie des Gehirns und die trübe Schwellung der Nieren sprachen. Im zweiten Falle fand eine Aspiration mit Seife nicht statt; Verlauf und Sectionsbefund zeigten hier, dass der Tod durch „innere Erstickung“ erfolgte. Nach Munk können auch bei Aufnahme in das Pfortadersystem Natronseifen zur Vergiftung und zum Herzstillstand führen. In diesem Falle hatte jedenfalls eine beträchtliche und rapide Einführung der gelösten Seife in die Blutbahn stattgefunden, zumal wahrscheinlich in Folge der Magenreizung die Seife schnell in den Dünndarm befördert wurde. Im ersten Falle war diese Resorption viel geringer und erfolgte langsamer. Welche lebenswichtigen Organe nun die Seife besonders intensiv angegriffen hat, lässt sich nicht mit absoluter Sicherheit angeben Wenn beim ersten Pat. die Behauptung einer giftigen Allgemeinwirkung (neben der beiderseitigen Aspirationspneumonie) zu Recht besteht, so hat sie sich jedenfalls vor Allem auf das Herz erstreckt. Im zweiten Falle kann diese Erklärung natürlich ebenfalls herangezogen werden. Wahrscheinlicher ist allerdings nach dem ganzen klinischen Verlaufe und dem pathologisch-anatomischen Befund eine primäre, durch Vergiftung der

Nervencentren bedingte Athemlähmung. Die Fälle zeigen, dass man auch mit Seife vorsichtig sein muss (Kinder, psychisch Kranke). Zur Therapie empfehlen sich Magenspülungen, Excitantia, event. auch Venaesectio und Kochsalzinfusion. (Medicin. Klinik 1906 No. 47.)

— **Alkoholintoxication bei einem Kinde in Folge Inhalation von Alkoholdämpfen** beobachtete A. Kalt (Aarau). 2jähr. Knabe erhielt wegen eines Erysipels am Unterschenkel Alkoholumschläge, welche nach einigen Tagen nur noch am Fusse und unteren Drittel des Unterschenkels gemacht zu werden brauchten. Mitten in der Nacht trat ein eigenartiger Zustand ein. Pat. liess den Kopf hängen, athmete ganz oberflächlich, wurde bewusstlos, hatte eine Temperatur von nur 35,4° C. Später erwachte das Kind wieder, benahm sich aber wie ein Betrunkener. Das Kind hatte die Gewohnheit, seinen Kopf unter die Decke zu halten, hatte so trotz Umwickelung des Fusses mit Guttaperchapapier Alkohol eingeathmet und sich so die Vergiftung zugezogen. (Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1906 No. 22.)

— **Zur Behandlung des Delirium tremens** ergreift Oberarzt Dr. S. Ganser (Städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden) das Wort. Er verurtheilt die Behandlung mit grossen Chloraldosen, eine Methode, bei der eine durch Vergiftungsstoffe erzeugte Betäubung durch ein Schlafmittel noch übertäubt werden soll. Ausserdem zeigten neuere Untersuchungen, dass der künstlich erzeugte Schlaf keineswegs das Delirium kürzt. Endlich steht es fest, dass Chloralhydrat bei herzschwachen Menschen — und als solche sind die Deliranten immer anzusehen — auch in den gewöhnlichen Gaben ein gefährliches Mittel ist. Auch das verlängerte warme Bad ist nicht harmlos; Autor hat bei einem sehr kräftigen Deliranten, ohne dass mahnende Anzeichen vorausgegangen waren, im warmen Bade einen Collaps mit tödtlichem Ausgang erlebt, desgleichen einen solchen bei feuchten Einwickelungen. Autor stellt die Deliranten sofort unter absoluter Alkoholabstinenz, sucht sie möglichst im Bett zu halten, sorgt für reichliche Ernährung und regelmässige Darmentleerung. Er verfügt über 1051 Fälle aus 16 Jahren (1890—1905); 486 Fälle fallen in die ersten acht Jahre mit 31 Todesfällen (Mortalität 6,37%), 565 Fälle in die letzten acht Jahre, mit fünf Todesfällen (Mortalität 0,88%). Woher diese Besserung der Mortalitätsziffer? Die allgemeinen Grundsätze

der Behandlung sind die gleichen geblieben, es kamen aber in den letzten Jahren noch einzelne Factoren dazu. Am meisten zu fürchten beim Deliranten ist die Herzlähmung. Bei ganz kräftigen Personen, deren Herz bei genauester Untersuchung in den ersten Tagen keinerlei erhebliche Störung, insbesondere nichts zeigt, was einen Collaps befürchten lässt, treten oft im weiteren Verlaufe unter dem Einflusse der motorischen Erregung Zeichen von Herzschwäche auf, die nicht selten alsbald eine bedrohliche Höhe erreichen. Manchmal auch erfolgt der Collaps ganz plötzlich und mit unheimlich schnellem tödtlichem Ausgang. Autor giebt daher jedem Alkoholdeliranten von der ersten Stunde ab Digitalis, und zwar so, dass im Verlaufe eines Tages 1,5 g im Aufguss verbraucht werden und diese Dosis je nach dem Fall zwei- bis dreimal. Macht die Aufnahme per os Schwierigkeiten, so wird das Mittel zweistündlich per clysma gegeben. Niemals hat Autor davon einen schädlichen Einfluss wahrgenommen. Stellen sich trotzdem die ersten Zeichen eines Collapses ein, so injicirt er sofort Kampferöl, Anfangs viertelstündlich, später ein- bis zweistündlich je 1 g. In ganz schweren Fällen giebt man daneben esslöffelweise halbstündlich eisgekühlten Sect. In der Annahme ferner, dass das Delirium tremens auf einer Vergiftung mit abnormen Stoffwechselproducten beruht, die durch gewohnheitsmässige oder acute Anhäufung von Alkohol im Organismus erzeugt und unter besonderen Umständen wirksam werden, hielt Autor es für wichtig, die Auswaschung der Gewebe durch möglichst starke Flüssigkeitszufuhr und Diurese zu befördern. Die Pat. bekommen ein Getränk, das aus einer 1%igen Lösung von Natr. acetic. im Wasser und einem geringen Zusatz von Syrup. commun. besteht, das recht gern genommen wird. Diese Behandlung ist es also, welche eine so erhebliche Besserung der Mortalitätsziffer bewirkt hat und daher warm empfohlen werden kann.

(Münchner med. Wochenschrift 1907 No. 3.)

Nephritis. Ueber plötzliche Heilungen von acuter N. nach Uraemie berichtet Prof. Dr. Eichhorst (Zürich) und beschreibt einen Fall derartiger „uraemischer Heilung“ einer acuten N. bei einem 12jähr. Mädchen. Dasselbe bekam gelegentlich einer zweitmaligen Scharlacherkrankung eine acute N., welche zu Uraemie führte. Deren Prognose musste wegen rasch zunehmender Benommenheit und sehr niedriger Harnmenge als ernst bezeichnet werden. Milch-

diät, warme Bäder, Eisblase auf den Kopf. Kein Erfolg. Die Tagesmenge des Harns ging nicht über 100 ccm hinaus (specif. Gewicht 1017), mehrmaliges Erbrechen, Krampfanfälle, tiefe Bewusstlosigkeit, bald tiefe Cyanose, unregelmässiger Puls, Auswerfen reichlicher serös-schaumiger Massen. Subcutane Einspritzung von 0,5% Coffein-Natr. salicyl. Als nach 1/2 Stunde noch keine Aenderung eintrat, Aderlass (200 ccm), darauf subcutane Infusion von 500 ccm einer 1/2%igen Kochsalzinfusion. Schon nach 10 Minuten schlug das Kind die Augen auf und sprach, der Puls wurde regelmässig, die klonischen Muskelkrämpfe hörten fast plötzlich auf, die Cyanose schwand, ebenso der Auswurf, die röchelnde Athmung wurde ruhig und geräuschlos, es trat erquickender Schlaf ein, und nach dem Erwachen machte Pat. den Eindruck eines Gesunden. Auch das Harnbild veränderte sich auffallend: Tags vorher das Bild einer haemorrhagischen, acuten N., jetzt keine Spur mehr davon; mit dem plötzlichen Abschluss der Uraemie hatte auch ebenso plötzlich die N. ihr Ende gefunden! Pat. blieb dauernd gesund. War das ein Zufall gewesen? Dass davon nicht die Rede war, zeigte ein bald darauf beobachteter Fall (19jähr. Mädchen), bei dem die gleiche Erfahrung gemacht wurde. Auch hier acute haemorrhagische N. im Anschluss an eine acute Tonsillitis (wahrscheinlich auch mit Scharlach), Uraemie, und als diese plötzlich nachliess, ebenso plötzliches Verschwinden der N. selbst. Solche Fälle sind natürlich nicht häufig, und man darf nicht etwa daraufhin die Uraemie als günstiges Vorkommniss betrachten. Aber jene Fälle zeigen wenigstens, dass ausnahmsweise mal einem uraemischen Anfalle eine günstige Wendung einer acuten N. auf dem Fusse folgen kann. Wie dies zu erklären, ist noch dunkel. Autor möchte glauben, dass toxische Körper aus der Niere abgelenkt und dem Centralnervensystem zugeführt werden, sodass es zur Uraemie kommt, aber die entgifteten Nieren rasch gesunden. (Medicin. Klinik 1906 No. 35.)

— **Einen Fall plötzlicher Heilung von acuter N. nach Uraemie** publicirt auch Dr. M. Senzig (Saarlouis). Das 12jähr. Kind hatte eine acute haemorrhagische N. nach Scharlach, die mit dem plötzlichen Verschwinden der auftretenden schweren uraemischen Krämpfe gleichzeitig ihr Ende erreichte. Zur Bekämpfung der Krämpfe hatte Autor Kampferöl und 0,3% Coffein. natr. benz.-Lösung zwei- bis dreistündlich eingespritzt, beim ersten uraemischen Anfalle

eine Infusion von 300 g physiol. Kochsalzlösung gemacht, die er nach 6 Stunden wiederholte, nach weiteren 3 Stunden abermals Kochsalzlösung (400 g) infundirt, woran er eine Kampfer- und Morphiumeinspritzung (0,012 g) anschloss; ausserdem Eisblase und mehrere hochgehende Einläufe von warmem Wasser. Unter dieser Therapie promptes Nachlassen der Krämpfe und dann Verschwinden der N. selbst. (Medicin. Klinik 1907 No. 1.)

— **Eine Vereinfachung der Heller'schen Ringprobe** empfiehlt Dr. F. Sachs (Charlottenburg). Die Anwendung der Heller'schen Ringprobe, der schärfsten und sichersten Probe auf Eiweiss, wird durch die Unbequemlichkeit ihrer Ausführung etwas eingeschränkt. Reagenzglas und Pipette, bezw. ein Trichter mit Filtrirpapier sind nothwendig, auch eine gewisse Uebung ist unentbehrlich, da von der genauen Ueberschichtung die Sicherheit der Probe abhängt. Autor schlägt nun die Modification vor, die eine erheblich leichtere Ausführung gestattet, ohne die Schärfe der Probe nachweisbar zu beeinflussen. Man bringe auf ein reines Glas (Objectträger), das auf dunklem Grunde liegt, einen Tropfen reiner Salpetersäure; nahe an ihn einen etwa ebensogrossen Tropfen des zu untersuchenden Harns. Die Tropfen verbreitern sich von selbst gegeneinander und vereinigen sich schliesslich, wobei sie sich über- bezw. unterschichten, was man durch Schlierenbildung an der Oberfläche beobachten kann. Bei stärkerem Eiweissgehalt entsteht augenblicklich, bei schwachem (von etwa 0,2‰) nach kurzer Zeit ein dichtweisser, grauer, bezw. gräulich-blauer Schleier in der Halbkugel, der zumeist halbmondförmig über den Säuretropfen sich ausbreitet. Die Methode ist in dieser Form zweifellos bequemer als sämmtliche bisher üblichen. Spuren bis zu 0,01‰ sind deutlich zu erkennen. Selbst bei minimalen Mengen von Harn ist sie anwendbar. In Bezug auf Sicherheit steht sie, wie die im Reagenzglas vorgenommene Schichtprobe, allen voran.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 2.)

Rheumatismen.

Ueber zeitweises gehäuftes Vorkommen von Endocarditis bei Muskelrheumatismus berichtet Dr. A. Bechtold (Medicinische Klinik Würzburg). Eine epidemieartige Häufung von Muskelrheumatismen zeigte sich während der regnerischen Monate des letzten Sommers, und unter den Fällen zeigten 6 während der Spitalbehand-

lung das Eintreten endocarditischer Symptome. Die Annahme eines anaemischen Geräusches war bei der kräftigen Constitution und gesunden Gesichtsfarbe der Pat. auszuschliessen. Auch in früheren Krankengeschichten der Klinik fand Autor mehrfach das Auftreten einer Endocarditis während eines Muskelrheumatismus. Bei einem Falle trat besonders stark der Charakter der Infectionskrankheit hervor; acuter Beginn mit Schwindel, Erbrechen und hohem Fieber. Auch sonst begann die Krankheit in der Mehrzahl der Fälle mit Allgemeinerscheinungen und Temperaturerhöhung. Für die infectiöse Natur des Muskelrheumatismus sprechen also: Zeitweise gehäuftes Auftreten, gelegentliche Temperatursteigerungen und sonstige Störungen des Allgemeinbefindens, sowie die Complicationen mit Endocarditis. Endlich theilt der Muskelrheumatismus mit anderen Infectionskrankheiten die Eigenthümlichkeit, dass er in einer Epidemie leichteren, in der anderen schwereren Verlauf zeigt, in einer dritten eine Neigung zu Complicationen oder eine besondere Vorliebe für eine bestimmte Localisation zeigt. Und dass bei obiger Epidemie eine Complication, die sonst hin und wieder sporadisch beobachtet wird, in kurzer Zeit hintereinander 6 Mal auftrat, erscheint als weiterer Beweis für die infectiöse Aetiologie des Muskelrheumatismus. Leube glaubt, dass vielleicht die infectiöse Noxe des Muskelrheumatismus, wenn auch nicht einfach das abgeschwächte Virus des Gelenkrheumatismus darstelle, so doch diesem nahe verwandt sei. Nahe verwandt mit dem Muskelrheumatismus ist nun wohl auch die infectiöse Myositis. Autor möchte letztere nur für einen stärkeren Grad des Muskelrheumatismus ansehen, und beide ebenso wie den Gelenkrheumatismus unter die Reihe von septischen Erkrankungen rechnen, welche nicht durch einen specifischen Erreger, sondern durch Staphylokokken, Streptokokken, Typhusbacillen, Influenzabacillen, kurz alle Bacterien, welche gelegentlich Eiterung erregen, verursacht wird. Die wahrscheinlichen Eintrittspforten sind ausser kleinsten Hautverletzungen die Tonsillen und der Darm. Dass eine von letzterem ausgehende Infection die Muskeln ergreifen kann, beweist das Vorkommen von Muskelschmerzen bei verschiedenen Infectionskrankheiten, z. B. bei einer Reihe von infectiösen Darmkatarrhen oder bei der Weil'schen Krankheit, die nicht selten unter dem Bilde eines acuten Muskelrheumatismus beginnt. Einen weiteren Beweis für die Möglichkeit der Infection vom Darm aus bilden auch die bei Typhus beobachteten Muskel-

abscesse. Autor möchte den Muskelrheumatismus als eine leichte, durch sehr wenig virulente Bacterien verursachte seröse Entzündung auffassen, was ja auch die günstige Wirkung der Massage, die im Wesentlichen als eine mechanische Wegdrückung des Exsudates zu betrachten ist, leicht erklären lässt. Auch die Erscheinung des Wanderns der Schmerzen auf verschiedene, oft räumlich entfernte Muskelgruppen findet leicht ihre Erklärung durch die Annahme von Metastasen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 45.)

— **Rheumasol** hat Dr. H. Podloucky (k. k. Krankenhaus „Rudolfstiftung“ in Wien) bei 25 Fällen von Gelenkrheumatismus angewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Die Einreibungen wirkten meist recht rasch und ersetzten die interne Salicylordination durchaus, was als grosser Vortheil angesehen werden muss.

(Wiener med. Presse 1906 No. 44.)

— Mit **Benzosalin**, dem von der Firma Hoffmann, La Roche & Co. in Basel hergestellten Methylester der Benzoylsalicylsäure, hat Dr. C. Ganz bei rheumatischen Affectionen sehr günstige Resultate erzielt. Die antirheumatische (und zugleich temperaturherabsetzende) Wirkung des den Magen absolut nicht belästigenden Präparates war eine prompte.

(Medicin. Woche 1906 Nr. 47.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Secacornin-Roche, ein neues, verbessertes Secalepräparat, empfiehlt Prof. Dr. H. Walther (Giessen), nachdem er es im letzten Jahre in einer grossen Reihe von Fällen erprobt hat, namentlich in der geburtshülflichen Praxis, aber auch in der gynaekologischen. Für erstere Zwecke legte er die bekannten Indicationen zu Grunde: 1. Prophylaktisch in der Nachgeburtszeit oder unmittelbar nach Ausstossung der Nachgeburt, um Blutungen vorzubeugen, schon bei regelmässigen Geburten, ganz besonders aber nach vorausgegangenen Operationen, oder bei Zuständen, bei denen erfahrungsgemäss eine Atonie post partum zu befürchten ist (Hydramnion, Zwillinge, starkes Kind, Ermüdungswehenschwäche, Placenta praevia, Narcose), 2. zur Bekämpfung bereits eingetretener Atonie in der Nachgeburtszeit wie post partum; 3. prophylactisch; zur Beförderung der Involution im Wochenbett, sowie bei krankhaften Blutungen (lange dauernder blutiger Wochenfluss)

im Wochenbett; 4. nach jeder Fehlgeburt im Wochenbett zur Beförderung der Involution. In der Gynäkologie verwendete Autor das Präparat nur: 1. bei zu starker Periode, besonders bei mangelndem Tonus der Muscularis, sowie praeclimacterischen starken Periodenblutungen; 2. bei Metrorrhagie (wenn greifbare anatomische Ursachen, z. B. Polyp, submucöses Myom etc. auszuschliessen waren); 3. prophylactisch nach Ausschabungen oder Entfernung submucöser Myome. Bei Myomblutungen benutzte er es nur vorübergehend, als Nothbehelf (per os), allerdings mit gutem Erfolge, doch soll damit nicht der, bei der Vervollkommnung unserer Myomoperationen wohl allgemein verworfenen Ergotininjectionscur das Wort geredet werden, die Autor für ganz zwecklos und nicht für ungefährlich hält. Bei starker Periode leistete das Präparat sehr gute Dienste; es wurde abwechselnd mit Stypticin gegeben. Die Hauptdomäne für das Präparat ist freilich die Geburtshilfe. Was die prophylactische Anwendung in der Nachgeburtszeit anlangt, so hat Autor, auch wenn er bald nach Austritt des Kindes das Präparat (meist subcutan) gab, nie einen Nachtheil, vor allem nie den gefürchteten Spasmus gesehen; immerhin hält er es für zweckmässiger, da das Präparat ja rasch resorbirt wird, im Allgemeinen noch eine Zeit lang zu warten, z. B. bis Zeichen der Lösung vorhanden sind (also der Hohlmuskel leer ist), ausser bei atonischen Blutungen, bei denen es früher indicirt ist. Selbstverständlich gab Autor das Mittel nicht in der Austreibungszeit, nicht in der Eröffnungszeit als wehenerregendes Mittel. Die prophylactische Anwendung im Wochenbett ist sehr empfehlenswerth, besonders bei Nichtstillenden; Autor sah nie Nachtheile, wohl aber stets eine promptere Involution. Aus dem gleichen Grunde gab er principiell auch nach Fehlgeburten zur Befördernng der Involution mit Nutzen des Präparat, und er hält gerade, weil nach Fehlgeburten die Involution oft zu wünschen übrig lässt, diese Indication für sehr wohl berechtigt. Ueberhaupt glaubt er, dass es nur zur Beruhigung des praktischen Arztes, zumal des Landarztes, beitragen kann, wenn er so principiell in jedem Falle von Geburt und Fehlgeburt Vorsorge gegen Blutungen trifft. Was die Art der Anwendung anbetrifft, so hat Autor zur internen Darreichung post partum 10 Tropfen (= 2 g Secale), event. nach mehreren Stunden zu wiederholen, in den ersten drei Tagen zweimal zehn Tropfen, vom 4. Tage an 2—3 mal fünf Tropfen gegeben, bei starker Menstruation

gleichfalls nach Bedarf 1—2 mal täglich zehn Tropfen oder 2—3 mal fünf Tropfen. Die Injectionen macht man am besten intramusculär (½ Spritze = 2 g Secale), 2—3 cm seitlich vom Damm direct senkrecht in die Nates (unter Benutzung der in den Glasphiolen enthaltenen Lösung); solche wirken sehr prompt und machen nachher keine Schmerzen. Der Praktiker wird für ein so haltbares, gut dosirbares, gut bekömmliches und sicher wirkendes Secalepräparat gewiss dankbar sein. (Medicin. Klinik 1906 No. 43).

— Der **Nachweis von Mutterkorn in den Faeces** gelingt nach Privatdoz. Dr. J. Strasburger (Bonn) leicht, wenn man in folgender Weise vorgeht: „Man verreibt eine Faecesmenge etwa von der Grösse einer Haselnuss mit Wasser und centrifugirt. Den Bodensatz verreibt man zur weiteren Reinigung nochmals mit Wasser und sedimentirt abermals. Da die Bestandtheile des Mutterkornpulvers verhältnissmässig schwer sind, werden sie auf diese Weise leicht von den übrigen Koththeilen getrennt und im Verhältniss zu diesen im Bodensatz in reichlicher Menge angetroffen. Man erkennt sie schon makroskopisch als schwarz und weisse Stückchen. Der sichere Nachweis kann aber erst mit Hilfe des Mikroskopes geführt werden. Man sieht ein weisses, kleinzelliges Gewebe, das Fetttropfen enthält und aus innig miteinander verflochtenen Pilzhyphen besteht. Auf dem Durchschnitt erwecken diese den Eindruck eines Parenchyms und werden daher als Pseudoparenchym bezeichnet. Die dunkelgefärbten Pilzschläuche der Rinde sind regelmässiger angeordnet, so dass eine Längsstreifung sichtbar wird. Nach Zusatz von mittelstarker Schwefel- oder Salzsäure nimmt diese Rinde eine charakteristische braunrote Färbung an, die die Auffindung des Mutterkornes auf den ersten Blick ermöglicht. Das Mark bleibt auch nach Zusatz von Säure weiss. Es erleichtert weiter das Aufsuchen, wenn man die Säure dem ganzen Bodensatz, noch vor Anfertigung des mikroskopischen Präparates, zufügt. Jedoch hüte man sich auch jetzt vor einer Diagnose nur auf Grund des makroskopischen Befundes, denn es giebt ausser Mutterkorn noch andere Pflanzentheile, die durch Säure eine rothe Farbe annehmen. Mit Kalilauge färbt sich die Rinde von Secale corn. violettbraun. Die Reaction ist aber nicht besonders in die Augen fallend. Empfehlenswerth ist es für denjenigen, der eine solche Untersuchung zum ersten Male vornimmt, sich aus der Apotheke Mutterkorn kommen zu lassen und zum Ver-

gleich heranzuziehen.“ Es gelingt, schon nach einer einmaligen Dosis von 1 g die Pilztheile in den Faeces nachzuweisen. Frägt man nun nach der praktischen Verwendbarkeit des Nachweises von Secale cornutum in den Faeces, so käme vor allem der criminelle Abort in Betracht. Freilich muss als Vorbedingung gelten, dass man die Pat. früh genug zu Gesicht bekommt, denn 1—1½ Tage nach der Einnahme ist das Mittel unter gewöhnlichen Umständen aus dem Darme verschwunden. Es eignen sich also besonders Fälle, bei denen das Mutterkorn noch anderweitige schädliche Wirkungen entfaltet hat. Bei Anwendung toxischer Dosen, die etwa Durchfall erzeugen, muss man noch eher bei der Hand sein. Jedoch können einzelne Theilchen des Mutterkorns, so wie dies von Gemüse- und Obststücken bekannt ist, unter Umständen in den Haustren des Dickdarmes liegen bleiben und erst nach mehreren Tagen zum Vorschein kommen. Da schon Mengen, wie sie zu therapeutischen Zwecken allgemein üblich sind, im Koth nachgewiesen werden können, so wäre der Arzt beispielsweise im Stande, festzustellen, ob eine Hebamme unbefugter Weise Ergotin gegeben hat. Vergiftungen mit secalehaltigem Brod müssten auf dem angegebenen Wege auch nachweisbar sein.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1906 No. 49).

— **Soll man vor der Appendicitisoperation die Schwangerschaft beendigen oder nicht?** Diese Frage beantwortet Frauenarzt Dr. O. Fellner (Wien) wie folgt: „Bei katarrhalischer Entzündung des Wurmfortsatzes operire man ohne Rücksicht auf die Gravidität. Ist Eiter vorhanden und besteht die Gefahr einer Perforation, ist ferner das Kind lebend und keine Wehenthätigkeit vorhanden, dann operire man gleichfalls, wenn möglich, radical ohne Rücksicht auf die Schwangerschaft. Ist das Kind todt, oder ist eine nennenswerthe Wehenthätigkeit nachweisbar, dann empfiehlt es sich, der Laparotomie die Entleerung des Uterus voranzuschicken. Ist das Uterusperitoneum gesund, dann wage man den vaginalen Kaiserschnitt. Sonst ist die forcirte Entbindung auf anderem Wege vorzuziehen.“

(Die Therapie der Gegenwart, December 1906.)

— **Zur Behandlung des Kindbettfiebers, insbesondere der septischen Endometritis** schreibt Dr. M. Lehmann (Wermsdorf in Sachsen): „In zwei verzweifelten Fällen mit schlechtem Puls, Benommensein, Collapsen bin ich

mit schnellem Heilerfolg, wie folgt, verfahren: Ich habe den septischen Uterus zweimal täglich mit einer gebogenen Hakenzange leicht herabgezogen, mit schwacher Lysollösung (1/2%) kräftig ausgespült und danach, und zwar mit dem Rapid-Tamponator, die Uterushöhle ziemlich fest tamponirt. Ich lege gerade Werth auf den Rapid-Tamponator, da man auf keine andere Weise so schonend und absolut schmerzlos tamponiren kann. Der Tamponator wird, mit Karbolvaseline eingefettet, vorsichtig bis zum Fundus eingeführt, während die linke Hand die Hakenzange hält, und nun „fliesst" die Jodoform- (bezw. Airol-) Kabelgaze vom Fundus her bis zur Portio aus dem praktischen Instrument heraus, eine ausgezeichnete Saugdrainage im Uterus bildend. Die Tamponade wird bis zur Ausfüllung der Scheide fortgesetzt. Es ist auffallend, wie rasch nach diesem Verfahren das Fieber fällt, bezw. nach Aussetzen wieder ansteigt. Deshalb soll der Uterus, so lange Fieber besteht, nie ohne Tamponade sein, alle 12 Stunden wird sie — meist äusserst foetid riechend — entfernt und sofort erneut. Bei der stets dabei nöthigen Uterusspülung — Lufteinspritzung ist zu vermeiden — zeigen sich bald spontan abgestossene, nekrotische Gewebsfetzen, eventuell auch alte Blutcoagula und Eihautreste. Durch die Tamponaden wird das Hauptziel der Behandlung erreicht: Die sich fortgesetzt bildenden und sonst in dem engen, buchtenreichen Schleimhautcanal stagnirenden giftigen Secrete werden nicht resorbirt, sondern von der Tamponade aufgesogen. Mit den bereits in die Lymph- und Blutbahnen vorgedrungenen Toxinen und Keimen fertig zu werden, müssen wir allerdings der Natur überlassen. Es wird uns aber besser gelingen, diese mit unseren Heilbestrebungen zu unterstützen, wenn wir den Nachschub durch ständiges Weitoffenhalten der „septischen Höhle" durch die Tamponade unschädlich machen. Die Tamponade mit dem Rapid-Tamponator hat gegenüber alten Tamponade-Methoden den enormen Vortheil 1. der Schmerzlosigkeit, 2. der grösseren Einfachheit, Schnelligkeit und Gleichmässigkeit und 3. der grössten Schonung des granulirenden Gewebes. Der Rapid-Tamponator versagt nur, wenn die Gaze feucht wird, oder wenn durch Drehung des Stopfers eine Achsendrehung der Kabelgaze eintritt. Beides ist leicht zu vermeiden. Tritt es dennoch ein, so schneidet man die Gaze am Ausflussende ab, zieht das festsitzende Gazestück heraus, entfernt dies und tamponirt weiter. Die Behandlung scheint etwas unbequem

für beide Theile zu sein, doch geht sie bei guter Vorbereitung aller Utensilien in wenigen Minuten von Statten und lässt sich in jeder Hütte ausführen. Ich bemerke noch, dass ich die einmalige, 24stündige Uterustamponade in gleicher Weise nach jedem Abort, jeder Ausschabung und jedem geburtshülflichen Eingriff der ein Eingehen mit der Hand nöthig machte, auf Grund jahrelanger, bester Erfahrungen gleich dringend empfehle, da ich überzeugt bin, dass durch diese prophylaktische Maassnahme eine etwa drohende Infection coupirt wird."

(Medicin. Klinik 1906 No. 51.)

— **Zur Verhütung der puerperalen Mastitis** empfiehlt Prof. Döderlein das *Gaudanin*)*, die Lösung von feinstem Paragummi, die 1% Formalin enthält und so nicht nur steril, sondern auch bactericid ist. Nach seinen sich auf 200 Fälle erstreckenden Erfahrungen kann Autor sagen, dass diese Gummirung der Brustwarzenhaut im Stande ist, die Entstehung von Schrunden und Fissuren und damit auch die Entstehung der Mastitis beinahe sicher zu verhindern. Es kommen 50 g enthaltende Glasfläschchen in den Handel, in deren Glasstöpsel ein Pinsel eingekittet ist. Ist nach der Pinselung und Abtrocknung die Gummischicht durch steriles Talcum oder Mehl zum Häutchen geworden, so sind natürlich zunächst die Milchausführungsgänge geschlossen. Das saugende Kind sprengt aber diese zarten Verschlüsse leicht. Nach dem Stillen kann die Brust beliebig mit Wasser oder Alkohol abgewaschen werden, da das Gummihäutchen nur in Aether, Benzin oder Chloroform löslich ist. Es genügt, die Gummirung alle zwei bis drei Tage zu wiederholen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 49.)

Syphilis. **Zur Allgemeinbehandlung der S.** empfiehlt Dr. L. Loew (Abbazia-Ischl) die von der Firma Heyden in Radebeul hergestellte *„Injection Hirsch"*, eine Verbindung von Hydrarg. oxycyanat. (1%) mit Acoin (0,4%). Hirsch hatte sich bei 20 Fällen von S. von der ausgezeichneten Wirkung, der völligen Reiz- und Gefahrlosigkeit des Präparates überzeugen können, das er subcutan tief neben der Wirbelsäule in Intervallen von 2—4 Tagen zu je 1—1½ ccm injicirt hatte. Loew injicirte täglich 1 ccm intramusculär in die Glutäalgegend (nicht in der Höhe

*) Erhältlich durch Zieger & Wiegand, Leipzig-V.

der Glutäalmusculatur, sondern in dem darüber gelegenen Bezirk). Zur Reinigung der Spritze und Canüle verwandte er ausschliesslich Paraffin. liquid.; dieselben wurden vor und nach dem Gebrauche damit durchgespritzt und dann in einer verschliessbaren Glasdose darin aufbewahrt. Nie sah Autor Infiltrate entstehen, sonstige unangenehme Erscheinungen ebensowenig. In den vier Fällen, die Autor so behandelte, bewährte sich das Präparat auch in seiner Wirksamkeit durchaus. (Therap. Monatshefte, November 1906.)

— **Ueber intramusculäre Injectionen mit einer Suspension aus Vasenol-Hydrarg. salicyl. unter Zusatz von Novocain** theilt Dr. A. Strauss (Barmen) seine Erfahrungen mit. Die bisherige Suspension in Paraffin. liq. hatte grosse Schattenseiten: das Salz blieb mangelhaft suspendirt, es setzte sich als dicke Masse ab, die Canülen verstopften sich, es kamen leicht Embolien zu Stande. Als tadelloses Vehikel erwies sich das Vasenol. liqu., und Autor hatte keinen unangenehmen Zufall damit. Da die Injection aber Schmerzen macht, fügt er Novocain, das sich hier als bestes Anaestheticum erwiesen hat, hinzu und ordinirt:

I.

Rp. Vasenol-Hydrarg. salicyl.
sterilis. (10%) 100,0.

II.

Rp. Novocain. 2,0—4,0
Solv. in Aq. dest. q. s.
Misc. I u. II.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1907, Bd. 44 No. 2.)

— **Zur inneren Therapie der S.** empfiehlt Dr. E. Saalfeld (Berlin) das *Mergal*, das sich ihm in ca. 100 Fällen als wirksames Antisyphiliticum erwiesen hat. Da reines Mergal bisweilen den Darm reizte, liess Autor Kapseln anfertigen mit 0,05 g Mergal und 0,1 g Tanninalbuminat. Von diesen giebt man 3—6 Stück pro die nach den Mahlzeiten und steigt allmählich bis 10—12—15 Stück.

(Therap. Monatshefte 1907 No. 1.)

— Ueber einen **Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegenüber der Einreibungscur** berichtet Regimentsarzt Dr. S. Suchy. Der Pat. hatte einen Primäraffect in der Harnröhre und sonstige syphilitische Erscheinungen, aber am Stamme

keinerlei Exanthem. Er erhielt eine einzige Einreibung von 3 g Ung. ciner., worauf über den ganzen Körper sich ein „scarlatinöses Exanthem“ entwickelte, ein Erythem, das in seiner Farbe, den Allgemeinerscheinungen und dem Verlaufe (lamellöse Abschuppung etc.) durchaus einer Scarlatina gleichkam und sehr leicht damit hätte verwechselt werden können. Auf dem Boden dieses Erythems entstand dann am ganzen Körper ein gross- und kleinpapulöses Syphilid, sowie eine Acne syphilitica, das sich Autor so entstanden denkt, dass durch das fortwährende Kratzen (das Erythem juckte stark) ein Reiz ausgeübt wurde, welcher sich auslöste in der Entwickelung des Syphilids. Die specifischen Erscheinungen verschwanden prompt, als Autor Hydrarg. oxydul. tannic. (0,2 g pro die) intern gab, welches Präparat keinerlei Reaction hervorrief.

(Wiener med. Wochenschrift 1907 No. 2.)

— **Ueber einige Erfolge mit Beta-Sulfopyrin bei Jodismus und acuten Erkrankungen der Athmungsorgane** berichtet Dr. Neumann (Bautzen). Das, von der Firma Ebert & Meincke in Bremen hergestellte Präparat, aus 50% Sulfonilsäure und 50% Pyrazolonum phenyldimethyl. bestehend, das rasch assimilirt und stets gut vertragen wurde, wurde in Tabletten à 1 g (10 Tabletten 1 Mk.), dreimal täglich ein Stück genommen, und bewährte sich zunächst bei *Jodismus*, wie er bei *Luetikern* während der Jodbehandlung entstanden war, sehr gut. Die gute Beeinflussung des Jodschnupfens veranlasste die Anwendung auch bei gewöhnlichem Schnupfen und anderen katarrhalischen Erkrankungen des Respirationstractus. Auch hier zeigte sich prompter Erfolg, indem das Präparat secretmindernd, calmirend, temperaturherabsetzend wirkte und, im Beginn der Affectionen dargereicht, auch coupirenden Effect offenbarte.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 45.)

Tuberculose. Ueber das Marmorek-Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberculosen berichtet Prof. Dr. Hoffa (Berlin) noch einmal, um das Präparat zur Behandlung tuberculöser Knochen- und Gelenkerkrankungen von Neuem warm zu empfehlen. Früher applicirte Autor das Präparat subcutan. Es wurden 19—48 Injectionen gemacht von je 2—10 ccm, je nach der Empfänglichkeit für das Serum und dem Verlauf des Heilungsprocesses. Die bei den Pat. angewandten Mengen des Serums betrugen 50—200 ccm. Zwischen je 8—10 Injectionstagen

wurden stets Pausen von ca. 8 Tagen eingeschaltet. Jetzt applicirt Autor das Serum rectal, wodurch Nebenwirkungen vermieden und doch sehr befriedigende Resultate erzielt werden; das Serum wird stets gut behalten und resorbirt, ganz gleich, ob es jungen Kindern oder Erwachsenen gereicht wurde. Autor führt 11 poliklinisch so behandelte Fälle (Kinder von 1—10 Jahren) an, die täglich per rectum im Anfang je 5 ccm, später 10 ccm 3—4 Wochen hindurch erhielten, nach 5—8tägiger Unterbrechung event. eine zweite gleiche Serie. 2 Heilungen, 3 wesentliche Besserungen, 4 günstige Beeinflussungen, 2 Versager. Im Cecilienheim in Hohenlychen wurden 18 Pat. so behandelt. Im Ganzen ergab die rectale Serumbehandlung 18% Heilungen, 27% wesentliche Besserungen, 36% günstige Einwirkungen, 18% Versager. Die rectale Methode wird voraussichtlich in Zukunft die vorherrschende sein; sie ist höchst einfach und ermöglicht ohne Mühe das Serum in relativ grossen Dosen ohne Schaden den Pat. einzuverleiben. Dass einige Fälle unbeeinflusst blieben, ändert an der Werthschätzung des Mittels nichts; es befanden sich unter den behandelten Fällen einige recht schwere, fast aussichtslose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 44.)

— **Die Combination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberculösen Geschwür der Unterlippe** hat Dr. M. Weisz (Heilanstalt Alland) mit bestem Erfolge angewandt. Pat. hatte auch am Kehlkopf ein tuberculöses Ulcus, das auf Sonnenspiegelung sehr prompt reagirte. Dies war bei blosser Sonnentherapie bei der Affection der Lippe nicht der Fall, erst die Combination mit Milchsäurebehandlung erwies sich als wirksam. Das Ulcus wurde Abends anfangs mit 25%iger, später mit 50%iger Milchsäure betupft und über Nacht mit Watte bedeckt. Am nächsten Morgen war dann das Geschwür von seinem eitrigen Belage ziemlich gereinigt und wurde nun der Sonnenbelichtung ausgesetzt, in der Weise, dass Pat. seine Unterlippe mit einem Sacktuch fasste, soweit es ging, vorzog und das volle Sonnenlicht auf das Geschwür strahlen liess. Im Ganzen belichtete Pat. in den Monaten April und Mai das Geschwür durch 80 Stunden. Der Erfolg zeigte sich sehr bald, zunächst und am stärksten bei den am intensivsten belichteten Parthien. Die Milchsäure bewirkte dabei wohl die Reinigung des Ulcus von seinem eitrigen Belage, welcher offenbar die Wirkung der

Sonnenstrahlen behinderte, sodass vorher, trotz 3monatlicher Belichtung, eine Tendenz zur Heilung sich nicht gezeigt hatte. Auch blosse Milchsäurebehandlung hatte versagt, erst die Combination beider Maassnahmen führte zu rascher Heilung. (Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 46.)

— **Neurasthenie als Symptom latenter T.** beleuchtet Dr. Weinberg (Gersfeld). Er beobachtete oft, dass Neurasthenie das einzige Zeichen einer latenten T. ist. Es fiel ihm einerseits auf, dass bei einer Reihe Neurasthenischer, die nicht das geringste objective oder subjective Zeichen von T. darboten, einige Jahre später deutliche tuberculöse Lungenaffection auftrat, anderseits, dass solche, in deren Ascendenz Phthisis vorgekommen ist, die sich aber gesund fühlen und die meistens latent tuberculös sein werden, überaus häufig von nervösem, erregtem, leicht gereiztem Wesen sind und leichter als Andere ausgesprochene Neurasthenie bekommen. Es fiel ihm weiter auf, dass beide Kategorien von Neurasthenischen sich sehr häufig durch besonders blühende Gesichtsfarbe auszeichnen, in weniger zahlreichen Fällen durch blassgraue oder graugelbe Farbe, selten durch ein hectisches Roth. Die Neurasthenie selbst unterschied sich nicht von der auf anderer Aetiologie beruhenden. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Autor dringend, bei allen neurasthenischen Beschwerden, natürlich wenn andere aetiologisch oder differentialdiagnostisch in Betracht kommende Krankheiten ausgeschlossen worden sind, auch an die Möglichkeit einer latenten T. zu denken und nicht eine „idiopathische" Neurasthenie für sichergestellt zu halten. Es ist deshalb mindestens bei allen denen, die durch ihre Hereditätsverhältnisse, durch hochblühende oder graugelbe Gesichtsfarbe oder durch besondere Magerkeit verdächtig sind, durch wiederholte Untersuchung und lange Beobachtung immer wieder nach Zeichen von T. zu fahnden und speciell regelmässig Temperaturmessungen vorzunehmen. So wird man ab und zu eine T. frühzeitig genug erkennen und zur Heilung bringen können.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1906.)

Ulcus molle. **Ueber die antiseptische Wirkung des Menstrualblutes bei U.** hat Prof. O. v. Petersen eine interessante Beobachtung gemacht. Ins Krankenhaus kamen mehrere Pat. mit zahlreichen Ulcera mollia am Introitus vaginae und bekamen am nächsten Tage die Menses. Sie wurden während dieser Zeit nicht verbunden,

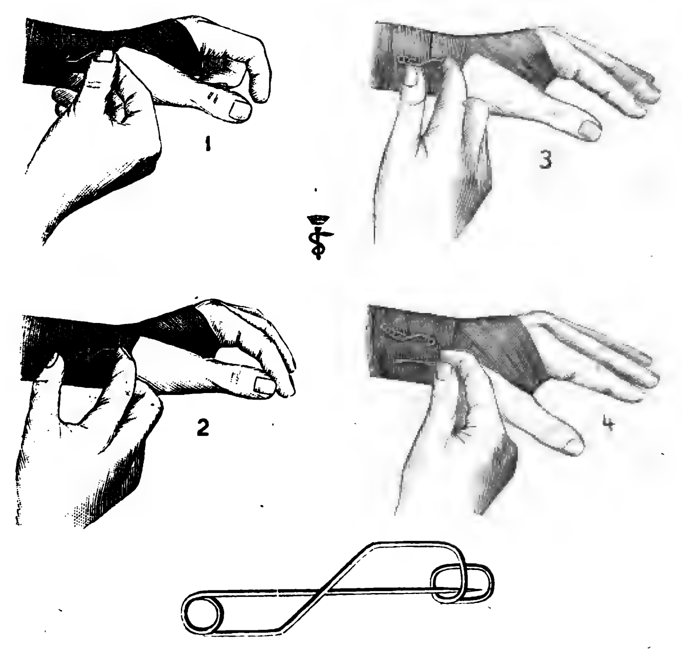
und als sie nach den Menses wieder zur Untersuchung kamen, präsentirten sich die Ulcera als gereinigte, gut granulirende Wundflächen. Es wurde nun systematisch auf den Einfluss der Menses auf U. geachtet und stets dieselbe Thatsache constatirt. Das vom Menstrualblut bespülte U. reinigte sich, während die gleichzeitig an der Umgebung der Genitalien vorhandenen Ulcera unverändert Belag und Eiterung beibehielten. Die „reinigende" Wirkung des Blutes war ja auch im Alterthum schon bekannt und wurde z. B. bei ulcerirten Lepraknoten ausgenutzt. Man hat es da mit einer specifischen Wirkung des Blutes zu thun, welches durch die alles Fremdartige auflösende Wirkung des Blutserums auch die Bacterien mit auflöst und ebenso vernichtet, wie den Detritus des Geschwürsbodens. (Petersburger med. Wochenschrift 1906 No. 36.)

— **Phenyform** hat Dr. M. Brenning (Berlin) mit sehr gutem Erfolge bei U. angewandt. Die Heilung trat meist recht rasch ein. (Allgem. Central-Ztg. 1906 No. 43.)

Vermischtes.

— Eine **neue Sicherheitsnadel für Verbandzwecke** empfiehlt Dr. v. Stalewski (Freiburg i. B.) Es gelang dem Autor durch das Kreuzen der Branchen eine wirklich brauchbare Sicherheitsnadel zu construiren, welche drei Vorzüge vor den bisher gebräuchlichen Nadeln in sich vereinigte: Bedienen mit einer Hand; flaches Aufliegen; leichtes und rasches Entfernen aus dem Verbande. „Man erfasse die geöffnete Nadel mit dem Zeigefinger und Daumen der rechten Hand an der Spirale, halte sie flach zum Verbande und achte darauf, dass die Spitzenbranche stets unter der Rastbranche zu liegen komme. So führe man die Spitze der Nadel in den Verbandstoff ein. Der Verbindende führt am bequemsten die Nadel mit der Spitze nach sich zu gerichtet (centripetal) ein (Fig. 1). Mit dem Zeigefinger wird die Nadel weiter geschoben, der Daumen dient als Gegenstütze an dem Punkt, wo man den Austritt der Nadel erwartet (Fig. 2). Das Schliessen der Nadel geschieht mit Hülfe des Daumens und des Zeigefingers.

Letzterer fixirt leicht die Spirale, während der Daumennagel den grossen Bügel in der Nähe der Rast bogenförmig über die Spitze drückt (Fig. 3). Die geschlossene Nadel liegt dem Verband flach auf. Das Herausziehen der Nadel geschieht auf folgende Weise: Man fasst die



Sicherheitsnadel für Verbandzwecke.

Nadel zwischen Daumen und Zeigefinger, kantet sie so weit, dass der grosse Bügel in der Nähe der Rast auf dem Verband gleitet und zieht die Nadel heraus, wobei die Nadel sich selbstthätig öffnet (Fig. 4). Die Fabrikation und den Vertrieb dieser Nadel hat die Actiengesellschaft für Feinmechanik, vormals Jetter & Scheerer in Tuttlingen, übernommen. Zu beziehen ist sie als ‚Aesculapia-Sicherheitsnadel' in allen namhaften Fachgeschäften".

(Münchener med. Wochenschr. 1906 No. 51.)

— **Untersuchungen über die Einwirkung des Protylins auf die Phosphorausscheidung des Menschen** hat Prof. Dr. R. O. Neumann (Hygien. Instit. Heidelberg) angestellt, und er fasst das Resultat in folgenden Sätzen zusammen: „Bei

den Versuchen, in denen ein Theil des Nahrungseiweisses und des Phosphors durch eine aliquote Menge Protylin ersetzt wurde, konnte der Organismus ganz oder fast ganz auf seinem Stickstoff- und Phosphorgleichgewicht erhalten werden. In anderen Versuchen, in denen zur vollen genügenden Nahrung verschieden grosse Mengen Protylin gegeben wurden, zeigte sich ein Stickstoffansatz und gleichzeitige Phosphorretention. Daraus darf geschlossen werden, dass der Phosphor und das Eiweiss des Protylins im Organismus zu Gunsten des Zellaufbaues resorbirt und assimilirt wird und dem Körper zu Gute kommt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 32.)

— **Ueber Pyrenol und dessen Anwendung** berichtet Dr. E. Toff (Braila). Pyrenol wurde mit gutem Erfolge bei acuten und subacuten *Rheumatismen*, bei *Gelenkserkrankungen* und *Neuralgien*, die auf *Influenza* beruhten, bei den *grippalen Erkrankungen des Respirationstractus* angewandt, es bewährte sich bei croupöser und katarrhalischer *Pneumonie* als mildes Antipyreticum und leistete als *Antiasthmaticum* (auch bei Asthma nervosum) gute Dienste. Mit Vorliebe wendet Autor Pyrenol bei *Kindern* an, namentlich bei den entzündlichen Erkrankungen der Athmungsorgane. Als sehr gute Combination erschien hier die von Pyrenol mit Creosotal. Erwachsene erhielten pro die 3 g (in Lösung oder Originaltabletten zu 0,5 g), Kinder 0,5—1,0 in Lösung (stündlich ein Kaffeelöffel). Als Gurgelwasser kann endlich Autor 2—3%ige Lösung von Pyrenol empfehlen.

(Medicin. Klinik 1906 No. 35.)

— **Vivsit** hat Dr. F. Rosenthal (Wiener Allgem. Poliklinik) schätzen gelernt und empfiehlt das Nährpräparat warm. Er gab es Pat. mit erschöpfenden Krankheiten, Reconvalescenten, Anaemischen etc. und konnte stets Vermehrung der rothen Blutkörperchen, auffallende Steigerung des Haemoglobingehalts, Zunahme des Körpergewichts und der Kräfte wahrnehmen. Dass das Präparat auch bei Reizzuständen der Nieren gegeben werden darf, zeigte der Fall eines 12jährigen Kindes, das in Folge einer Scharlachnephritis und multipler Abscesse sehr heruntergekommen war und Wochen lang vier- bis fünfmal täglich zwei Kaffeelöffel des Präparates erhielt, das auch hier recht gute Dienste leistete.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 48.)

— **Sapene-Krewel, ein neuer Arzneimittelträger zur percutanen Behandlung,** wurde von Dr. Schalenkamp (Crombach) mit bestem Erfolg benützt. Die Sapene zeichnen sich besonders dadurch aus, dass sie sehr leicht durch die Haut dringen, dass sie gewisse Arzneikörper in sehr hohen Concentrationen beherbergen können, sodass eine auffallend prompte Wirkung eintritt, endlich dadurch, dass sie keinerlei Reizwirkung hervorbringen, trotz energischer und lange fortgesetzter Einreibungen. So hat Autor das *20%ige Salicylsapen* mit bestem Erfolge bei *Rheumatismen* zur Anwendung gezogen; auch beim acuten Gelenkrheumatismus bewährte sich dasselbe bestens (20—30 Tropfen eingerieben. 10- und 20%iges *Jodsapen* kann man bei *Struma* Monate lang einreiben, ohne dass unangenehme Erscheinungen eintreten (bei eintretendem Spannungsgefühl muss man allerdings einige Tage aussetzen!); desgleichen bei *Gelenkergüssen, Drüsenschwellungen etc.* Zu Injectionszwecken (in Fisteln, Abscesse, cariöse Heerde) hat man 1- und 3%iges Jodsapen, für gynaekologische Zwecke 6%ige Jodsapenvaginalkugeln als Resorbens und 20%iges Jodsapen als Aetzmittel. *Kreosotkampfersapen* (je 10%) eignet sich zur Behandlung von *Phthise*, ebenso das *Formalinsapen* (3 und 5%). Letzteres hat auch sehr rasche Wirkung auf *Nachtschweisse*; Autor hat die Pat. über die eingeriebene Brust- und Rückenfläche einen sogen. Lungenschurz von Bastseide tragen lassen und damit ausgezeichnete Erfolge erzielt. Die hochprocentigen Formalinsapene (10 und 20%) eignen sich nur für partielle Schweissbekämpfung, besonders für den Schweissfuss, wo nach einem Seifenbad eine Einreibung damit geschieht.

(Therap. Monatshefte, September 1906.)

— **Glidin** hat Dr. K. Theimer (Wien) als echtes Nährmittel kennen gelernt, das intensiv den Appetit hebt, dem darniederliegenden Kräfte- und Ernährungszustande aufhilft und merkliche Körperzunahmen bewirkt. Bei tuberculösen und neurasthenischen Pat., bei Zuständen von Unterernährung und Kachexie hat das Präparat sehr gute Dienste geleistet, zumal es das Nahrungsmitteldeficit mit verhältnissmässig wenig Gramm auszugleichen vermag und in Folge seiner Ausnützbarkeit und leichten Verdaulichkeit in compendiöser Form gegeben werden kann, ohne den Magendarmtractus irgendwie zu belästigen. 25—40 g von Klopfer's Glidin, täglich in fractionirter Dosis gegeben (als Cacaoglidin, als Zusatz zu Milch, Suppen, Saucen) werden stets gut vertragen und erfüllen ihren Zweck als kräftiges Nährpräparat voll und ganz.

(Wiener med. Presse 1906 No. 47.)

— **Erfahrungen mit Bioferrin** veröffentlicht Dr. Laser (Wiesbaden). Er hat das Präparat besonders bei Pat. der arbeitenden Klasse angewandt, die an einer gewissen Erschöpfung (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit) in Folge Ueberarbeitung, unzweckmässiger oder mangelhafter Ernährung, Mangel an frischer Luft etc. litten. Bioferrin wirkte hier sehr gut, sodass Autor es als sicheres und gut bekömmliches Mittel zur Hebung der Körperkräfte und zur Blutbildung warm empfehlen kann. Erwachsene erhalten täglich zwei Esslöffel, Kinder zwei bis drei Theelöffel. (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1906.)

rsen und Sublimat hat Dr. Cremer (München-Gladbach) als hervorragende Pflanzengifte bei verschiedenen Hautaffectionen mit bestem Erfolge benützt, und zwar bei

a) *Syphilis* (9 Fälle secundär, 3 tertiär). Er verordnete:

1. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,1
Acid. arsenic. 0,03—0,1
Aq. dest. 10,0
D. S. 3mal tägl. 5 Tropfen
nach d. Essen in 1 Glas
Wasser zu nehmen.

Dies wurde stets gut vertragen, der Appetit steigerte sich in mehreren Fällen, das Allgemeinbefinden hob sich, die syphilitischen Erscheinungen gingen prompt zurück. Nach des Autors Ansicht ersetzt diese einfache Cur, die sich nur in Ausnahmefällen auf mehr als sechs Wochen zu erstrecken braucht, die Inunctionen, Injectionen etc.; auch hält Autor die sofortige Einleitung der Cur bei Constatirung des Primäraffectes für geboten.

b) *Psoriasis* (22 Fälle). Intern Rp. 1, extern:

2. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,1
Acid. arsenic. 0,03
Hydrogen. peroxyd.
Adip. lan. c. Aq.
Vaselin. flav. āā 10,0
M. f. ung.

Wirkung stets gut, im inveterirten, universellen Stadium öfters recht gut.

c) *Ekzem* (39 Fälle). Besonders günstige Erfolge bei Ekzemen mit Rhagadenbildung. Intern Rp. 1, extern:

3. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,1
Acid. arsenic. 0,01 (—0,05)
Adip. benz. ad 50,0

oder:

4. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,06
Acid. arsenic. 0,01 (— 0,03)
Zinc. oxyd.
Oesyp.
Ol. oliv. āā 10,0
M. f. ung.

Bei Eczema capillitii:

5. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,1
Acid. arsenic. 0,05
Butyr. Cacao 15,0
Ol. Coc. s. Ol. amyd. dulc. ad 50,0
M. f. ung.

Resultate sehr gut, besonders bei seborrrhoischen Ekzemen.

d) *Impetigo contagiosa* (3 Fälle). Wenige Einreibungen folgender Salbe führten zur Heilung:

6. Rp. Acid. arsenic. 0,02
Hydrarg. praec. alb. 2,0
Zinc. oxyd. 3,0
Terr. silic. 1,0
Adip. benz. 14,0
F. pasta.

e) *Favus* (2 Fälle). Bei einem Falle von Favus herpeticus am Fusse genügte mehrmaliges Einreiben von Salbe Rp. 2. Bei einem neunjährigen Knaben, der seit mehreren Jahren Favus capillitii hatte, gab Autor Acid. arsenic. (0,03 : 200,0 3 mal tägl. ein Theelöffel in ein Glas Wasser) und extern:

7. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,06
Acid. arsenic. 0,03
Butyr. cac. 10,0

Ol. physeter. 20,0
M. f. ung.

f. *Trichophytie* (13 Fälle, davon 4 von T. capillitii). Bei leichten und frischen Fällen von T. corporis genügte Rp. 2 und noch öfters Rp. 6; meist in einigen Tagen völlige Heilung. Bei T. capillitii sofort Besserung bei Arsen intern und Rp. 7. Ausgezeichneter Erfolg bei einer fünfmarkstückgrossen Plaque am Hinterkopf eines blonden 19jährigen Pat., der mehrere Jahre daran litt. Er bekam:

8. Rp. Hydrarg. bichlor. corr. 0,1
Acid. arsenic. 0,05
Hydrogen. peroxyd.
Adip. lan. c. Aq.
Vaselin. flad. $\overline{aa}$ 10,0

g) *Acne* (14 Fälle). Gute Erfolge bei Arsen intern und Rp. 6. Ebenso in 3 Fällen von *Verrucae seniles* und 3 Fällen von *Flexomycosen*;

h) *Sycosis* (11 Fälle). In frischen Fällen genügte Rp. 6. Bei einem Falle von Sycosis subnasalis Heilung nach mehrmaligem Einreiben von:

9. Rp. Hydrarg. praec. alb. 1,0
Acid. arsenic. 0,02
Zinc. oxyd.
Oesyp.
Ol. physeter. $\overline{aa}$ 5,0.

In inenterirten Fällen gab Autor Arsen-Sublimat (Rp. 1) intern, extern Rp. 6; jedesmal Besserung.

(Dermatolog. Centralblatt August 1906.)

— **„Amasira", ein innerliches Mittel bei Dysmenorrhoe** (hergestellt von A. Locher in Stuttgart) empfiehlt warm Frauenarzt Dr. Gutbrod (Heilbronn). Hauptsächlich bei Virgines ohne objectiven Befund bewährte sich das Präparat vorzüglich. (Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 33.)

— **Ein Thee zur Behandlung der Hustenleiden** wird von Dr. J. P. Bergmann (Berlin) empfohlen. Er ist zusammengesetzt aus Herba Galeopsidis grandiflorae, Herba Polygalae amarae, Herba Fussilaginis Fartar, Lichen islandicus, Radix Liquiritae, Semen Phelandrii aquatici, Semen anisi, Semen foeniculi und soll sich gegen die Hustenanfälle der Phthisiker ebenso bewährt haben, wie bei rein nervösem Reizhusten, wie bei Bronchitis, Influenza, Emphysema pulmonum etc. Die Kommandanten-Apotheke in Berlin C. stellt den Thee unter dem Namen „Dr. Bergmann's Herbosanum" her.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 33.)

— **Ein Fall von Arsenkeratose** wird von Dr. M. Biach (k. k. Allgem. Krankenhaus Wien) mitgetheilt und ist dadurch besonders bemerkenswerth, dass er Körperstellen betraf, deren Befallensein selten ist. Vola manus und Planta pedis waren in der üblichen Weise afficirt; aber auch an den Dorsalflächen der Zehen und Finger fanden sich die charakteristischen Hautverdickungen, die nach Angaben des Pat. sogar zuerst sich entwickelten, worauf erst der Process an den Beugeseiten sich etablirte. Hervorzuheben wäre auch das zeitliche Verhältnis zwischen dem Auftreten der Arsenmelanose und der Keratose. Drei Monate nach Beginn der ersten Arsenkur reagirte die Haut mit Melanose, die vorzugsweise Axillen und Warzenhöfe befiel; die Intensität der Braunfärbung hielt sich während der nächsten vier Jahre, während welcher Pat. Arsen ununterbrochen nahm, so ziemlich auf derselben Höhe; auch in der nunmehr folgenden 2jährigen Pause bekam die Haut nicht mehr das normale Colorit. Nach dieser Zeit nahm Pat. wieder Fowler'sche Lösung, und nach drei Monaten setzte jetzt die Keratose ein. (Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 32.)

— **Ein einfacher und praktischer Apparat für die Bier'sche Stauung** wird von Dr. O. Muck (Essen a. Rh.) empfohlen. Der Saugball lässt oft im Stich; der Gummiballon hat nur eine begrenzte Saugkraft, seine Elasticität lässt bald nach, er ist nicht auskochbar und theuer. Autor hat ihn durch eine Glaskugel ersetzt, die durch eine Saugspritze beliebig evacuirt werden kann. An dem kurzen Hals der Kugel befindet sich ein kurzes Schlauchstück, das mit Quetschhahn versehen ist. Um die Luft in der Kugel zu verdünnen, lässt man durch den Pat. den Quetschhahn

öffnen und schliessen und bringt den Schröpfkopf an das Schlauchende, setzt den Schröpfkopf auf, öffnet und schliesst den Quetschhahn und nimmt die Glaskugel ab. Der Apparat wird hergestellt von der Glasbläserei R. Müller in Essen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 32.)

Bücherschau.

— Unter Mitwirkung hervorragender Autoritäten giebt Prof. J. Schwalbe die **Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis** heraus, deren erste Hälfte soeben erschienen ist (Leipzig, Verlag von G. Thieme. Preis: Mk. 8,80). Sie enthält: „Technik der Massage" von Hoffa, „Technik der Gymnastik" von Hoffa, „Technik der mechanischen Orthopädie" von Hoffa, „Technik der Hydro- und Thermotherapie" von Vierordt, „Technik der Radiotherapie" von H. E. Schmidt, „Technik der Arzneibereitung und Arzneianwendung" von Kobert, „Ausgewählte Kapitel aus der allgemeinen chirurgischen Technik" von Hildebrand und Bosse und das erste Kapitel der „Technik der Behandlung einzelner Organe", I. „Auge", bearbeitet von Eversbusch. Es war ein sehr glücklicher Gedanke, dem Praktiker und Studirenden in Wort und Bild — das Buch enthält 290 vortreffliche Illustrationen — die medicinische Technik vor Augen zu führen. Sämmtliche Mitarbeiter sind bestrebt gewesen, den Intentionen des Herausgebers zu folgen, d. h. in klarster Weise alle Details auch kleine Eingriffe, die doch oft falsch ausgeführt werden, sind berücksichtigt worden — zu schildern. So ist ein Werk entstanden, welches dem Praktiker die besten Dienste leisten wird, eine ausgezeichnete Ergänzung der Lehrbücher nach der therapeutisch-technischen Seite hin, ein unentbehrliches Nachschlagebuch für den, der nicht die Specialisten gleich bei der Hand hat oder sich von diesen möglichst emancipiren will, ein ungemein nützliches Werkzeug für die Ausbildung der Studirenden, für die Fortbildung des praktischen Arztes.

— E. Grawitz' **Methodik der klinischen Blutuntersuchungen** ist bereits in *3. Auflage* erschienen (G. Thieme, Leipzig. 4 Mk.), die der Autor vollständig neu bearbeitet und vermehrt hat durch Aufnahme zahlreicher, in der letzten Zeit erfundener neuer Färbemethoden, sowie der Bestimmungsmethoden für die Gerinnungszeit und Viskosität des Blutes. Mehr und mehr wird der Werth klinischer Blutuntersuchungen erkannt, und der praktische Arzt muss mit letzteren durchaus vertraut sein. Das kleine Werk von Grawitz, das auch recht gute Illustrationen enthält, ist mit seiner Kürze und Klarheit sehr geeignet, dem Praktiker die nöthigen Instructionen zu geben, und es kann daher warm zum Studium empfohlen werden. — In gleichem Verlage erschien H. Krarup **Physisch-ophthalmologische Grenzprobleme** (Preis: 3 Mk.) Der Autor behandelt einige der wesentlichsten Farbenprobleme und kommt zu interessanten Resultaten, die er in lichtvoller Darstellung erläutert.

— R. Ledermann's beliebtes „Vademecum" ist jetzt, erweitert, unter dem Titel: **Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten** in *3. Auflage* erschienen (O. Coblentz, Berlin. Preis: 6 Mk.). Die präcisen, klaren Anordnungen des Autors, die mit einer grossen Reihe von Receptformeln versehen sind, eignen sich vortrefflich zum Nachschlagen für den praktischen Arzt und werden diesem die besten Dienste leisten. Das Büchlein kann daher den Collegen warm zur Anschaffung empfohlen werden.

— Von **Lehmann's Medicinischen Handatlanten** (Verlag von J. F. Lehmann, München) ist schon sehr oft die Rede gewesen. Die ganz vortrefflichen Bücher erfreuen sich mit Recht der grössten Beliebtheit und weiter Verbreitung, sodass immer wieder Neuauflagen nöthig werden. So ist jetzt der *Atlas der Bacteriologie* von Lehmann und Neumann bereits in *4. Auflage* erschienen (Preis: 18 Mk), der von Grünwald herausgegebene *Grundriss der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie* in *2. Auflage* (Preis: 10 Mk.). Beide Werke sind umgearbeitet und vermehrt und werden sicher wieder grossen Beifall bei den Collegen finden. — Ferner liegt von dem in grossem Format erscheinenden *Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen* von J. Sobotta die III. Abtheilung, 2. Lieferung, die

Sinnesorgane und das Lymphgefässsystem enthaltend, vor (Preis: 6 Mk.), sowie die III. Abtheilung des dazu gehörigen, von dem gleichen Autor stammenden *Grundriss der descriptiven Anatomie des Menschen* (Preis: 6 Mk). Auch diese beiden vortrefflichen Publicationen sind warm zu empfehlen, da Text wie Abbildungen geradezu als mustergültig bezeichnet werden dürfen und auch die äussere Ausstattung den höchsten Ansprüchen genügt.

— G. Zuelzer's **Chemische und mikroskopische Diagnostik** (Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Preis: 9 Mk.) ist so recht ein Buch für den Studirenden und Praktiker. Der Versuch des Verfassers, dem Anfänger eine Anleitung zur „praktischen" Anwendung der chemisch-mikroskopischen Diagnostik zu geben, ist ausgezeichnet gelungen, und dürfte das Buch dem prakt. Arzt ausserordentlich gute Dienste leisten. An der Hand concreter, möglichst typischer, klinischer Fälle hebt der Autor die principiellen Punkte hervor, nach welchen die Anwendung der wichtigsten diagnostischen Hülfsmittel zu geschehen hat, dabei diejenigen Methoden kurz und klar darstellend, die für die praktischen Bedürfnisse ausreichen und die auch ohne grossen Apparat ausführbar sind. Er beschränkt sich auch für die einzelnen Untersuchungen, z. B. auf Eiweiss im Harn, Salzsäure im Magensaft etc. nur auf ganz bewährte, selbst erprobte Methoden. Auch dies wird dem Praktiker sehr willkommen sein. 109 Abbildungen im Text und 9 Tafeln sorgen dafür, dass vieles dem Verständnisse nähergerückt wird.

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in **Friedenau-Berlin.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 7.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

April XVI. Jahrgang 1907

Acne. **Ueber Cerolinpillen und ihre Anwendung** macht Prof. Dr. M. v. Zeissl (Wien) Mittheilung. Er hat die von Boehringer & Söhne hergestellten Pillen (jede enthält 0,1 trockene Hefe) bei 130 Pat. mit A. vulgaris und A. rosacea angewandt, zunächst allein, und erst dann, wenn er von der alleinigen curativen Wirkung derselben überzeugt war, zur Beschleunigung der Heilung zugleich unter localer Behandlung mit Schwefelpaste, die er aber nicht wie üblich verschrieb, sondern einfach als Schwefelmilch, in concentrirtem Alkohol suspendirt:

Rp. Lact. sulf. 15,0
Spir. vin. concentr. 60,0.

Die Resultate waren sehr befriedigend, und hält Autor die Cerolinpillen für eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes. Sie müssten allerdings billiger werden, um bei A. allgemeinere Anwendung zu finden.

(Wiener med. Presse 1906 No. 51.)

Anaemie, Chlorose. **Bioferrin bei alimentärer und rhachitischer Anaemie der Säuglinge** hat Dr. A. Würtz (Strassburg) mit sehr gutem Erfolg angewendet und in den letzten zwei Jahren bei Kindern im Alter von ein halb bis zwei Jahren damit schöne Resultate erzielt. Der Haemoglobingehalt erfuhr ausnahmslos schon nach dreiwöchentlichem Gebrauch von 1—2 Theelöffel Bioferrin im Tage eine Steigerung von 10—15 %, die nach längerem Gebrauch bis zu 30% erreichen konnte. Auffällig war dann namentlich noch die vermehrte Appetenz bei den

Kindern, die gewöhnlich durch zu langen ausschliesslichen Milchgenuss völlig appetitlos geworden waren. Farbe und Stimmung wurden entschieden in der günstigsten Weise beeinflusst, sicher eine Folge der Einfuhr von unverändertem Haemoglobin. Dieses wirkt als natürlicher Sauerstoffträger anregend auf sämmtliche Functionen des Organismus und steigert den Oxydationsprocess in erheblichem Maasse. Ausserdem sind im Bioferrin die Fermente und Alexine durchaus wirksam vorhanden, ein recht bedeutsames Moment, zu dem sich noch die grosse Haltbarkeit des Präparates hinzugesellt. Bioferrin nimmt eine biologische Sonderstellung gegenüber anderen Präparaten ein, welche die guten Erfolge erklärlich macht.

(Medicin. Klinik 1907 No. 51.)

— **Alboferin,** eine Combination von Eisen (0,68 %), Eiweiss (90,14 %) und Phosphorsäure (0,324 %), hergestellt von der Firma Dr. Fritz & Sachsse in Wien hat Dr. Spitzer (Graz) mit bestem Erfolge ordinirt, und zwar Erwachsenen täglich 4—5 g (2—3 Theelöffel oder 15—20 Pastillen), Kindern die Hälfte. Meist waren es Kinder (40), die Autor in den letzten 2½ Jahren mit Alboferin behandelte; davon waren 24 anaemische Schulkinder (7—14 Jahre), sechs secundäre Anaemien, drei Rhachitiker, der Rest Chlorosen bei Mädchen. Die besten und raschesten Erfolge zeigten sich bei der kindlichen Anaemie und bei der Chlorose. Zunächst machte sich fast in allen Fällen eine auffallende Steigerung des Appetits geltend, es folgte deutliche Gewichtszunahme, und bald besserten sich auch die übrigen Erscheinungen mehr und mehr. Autor gab am liebsten die Tabletten (Chocolade-Tabletten den Kindern), Erwachsenen täglich 15—20 Stück, Kindern die Hälfte, beginnend mit dreimal täglich zwei Stück zu den Mahlzeiten; das Pulver wird messerspitz- (bei kleinen Kindern) bis theelöffelweise pur oder mit Cacao gemischt in Milch mehrmals täglich genommen. Autor hält Alboferin für ein gut brauchbares Präparat für alle Fälle, wo Eisenmedication am Platze ist; es kommt aber seiner Phosphorcomponente wegen auch die Wirkung auf das Nervensystem besonders zur Geltung, endlich auch die Wirkung als Nährmittel wegen des hohen Eiweissgehaltes und seines appetitanregenden Effectes.

(Aerztl. Rundschau 1907 No. 4.)

— Einen **Beitrag zur Lezithintherapie der inneren Erkrankungen** liefert Dr. J. Mendl (Prager medicin. Klinik).

Er benützte *Lezithin-Perdynamin*, mit dem er über 1/2 Jahr Fälle von Neurasthenie, Anaemie, Chlorose, beginnenden Spitzenkatarrhen und Phthisen, chron. Magenkatarrh mit hartnäckiger Appetitlosigkeit, Typhusreconvalescenten etc. behandelte, im ganzen 50 Fälle, welche 3mal täglich 1 Esslöffel des Präparates erhielten. Letzteres erwies sich als recht brauchbares Roborans, das oft bedeutende Gewichtszunahmen bewirkte und auch das subjective Befinden der Pat. merklich besserte. Besonders indicirt erscheint es bei Anaemie und Chlorose, wo es auch Zunahme der rothen Blutkörperchen und Steigerung des Haemoglobingehaltes herbeiführte. Auch bei functionellen Neurosen und Nervenschwäche erwies es sich als günstiges Heilmittel, ebenso bei stärkerer Anorexie. Auch bei schwereren Fällen ist es werth, versucht zu werden. Wenn es zu ausgedehnten Infiltrationserscheinungen der Lungen bei Tuberculose gekommen ist, die Pat. in Folge des hectischen Fiebers stark herabkommen, ist man im Stande, unter Lezithin-Perdynamingebrauch durch Wochen hindurch den Körper auf Gewichtsconstante zu erhalten. In gleicher Weise verhält es sich bei schweren Bluterkrankungen, wie Leucaemie. Das Mittel wird gern genommen; man giebt es am besten abwechselnd rein oder mit Zusatz von Milch oder Wein. (Prager med. Wochenschrift 1907 No. 4.)

— **Eisen-Nährzucker** und **Eisen-Nährzucker-Cacao** bringt jetzt die Nährmittelfabrik München in den Handel. Nachdem der von dieser Fabrik hergestellte Nährzucker und Nährzucker-Cacao sich in der Praxis gut bewährt haben, werden sicherlich die neuen Präparate ebenfalls bald allgemeine Anwendung finden.

— **Eine beruhigende und stärkende Arzneiverordnung bei den verschiedensten nervösen Schwächezuständen** empfiehlt Prof. Dr. C. Strzyzowski (Lausanne), da er damit in vielen Fällen von Nervosität, Anaemie, Müdigkeitsgefühl etc. ganz ausgezeichnete Erfolge erzielt hat. Es ist eine Combination von pyrophosphorsaurem Eisen, Chinin und Bromnatrium, die aber mit einer gewissen Vorsicht hergestellt werden muss. Die Ordination hat folgendermaassen zu lauten:

Rp. Natrii bromati 8,0
Aquae destillatae 40,0
Sirupi Corticis Aurantii 20,0
Spiritus rectificatissimi 10,0.

Misce et agitando adde Solutionem:

Chinini hydrochlorici 1,0
Aquae destillatae 40,0
Sirupi Corticis Aurantii 20,0.

Misce et adde Solutionem:

Ferri pyrophosphor. c. Ammonio citrico 4,0
Aquae destillatae 40,0.

Solve leni calore tum adde:

Sirupi Corticis Aurantii 40,0.

D. S. 2- bis 3mal täglich während der Hauptmahlzeiten 1 Theelöffel bis ½ Esslöffel mit Wasser verdünnt zu nehmen.

— Auch Prof. Dr. Rabow (Lausanne) kann diese Mixtur, die gern genommen und gut vertragen wird, empfehlen. Bei nervösen, anaemischen, schwächlichen Damen bewirkte sie sehr bald Hebung des Appetits, Besserung des Schlafes etc. Bei anaemischen, appetitlosen jungen Mädchen scheint 1 Theelöffel auf ½ Weinglas Wasser bei der Mittags- und Abendmahlzeit die ausreichende Dosis zu sein. Autor möchte die Mixtur auch zur Zeit von Influenzaepidemien nervösen, schwächlichen Individuen empfehlen, um gerade diese vor der tückischen Krankheit zu schützen. Chinin in kleinen wiederholten Dosen hält Autor überhaupt für das zuverlässigste Prophylacticum gegen Influenza.

(Therap. Monatshefte 1907 No. 1.)

Appendicitis. **Ueber den Schmerz links beim Krankheitsbild der A.** lässt sich Prof. Dr. M. Matthes (Köln) aus. Linksseitige Schmerzen bei A. treten natürlich beim Situs inversus auf und bei Verlagerung der Appendix nach links, die gar nicht selten vorkommt. Aber auch bei normaler Lage der Appendix wird linksseitiger Schmerz beobachtet. Lennander sagt: „Ich glaube, dass solche Fälle, in denen von Anfang an Schmerzen und Empfindlichkeit in der linken Seite des Bauches vorhanden sind. und zwar am häufigsten nach links vom Nabel, sich nur dadurch erklären lassen, dass sich gleichzeitig mit der Entzündung der Appendix eine Enteritis oder Colitis mit Lymphangitis und Lymphadenitis in den Mesenterien und in den retroperitonealen Lymphgefässen und Lymphdrüsen

entwickelt.“ Andere halten den linksseitigen Schmerz für einen reflectorisch bedingten oder sprechen von einer Ausstrahlung des Schmerzes auf die linke Seite. Kelling behauptet, dass es Fälle von A. gäbe, in welchen die linke Seite absolut normal ist und die doch links empfunden werden; er erklärt das durch ein Ueberspringen des Reizes auf den symmetrischen Nerven desselben Rückenmarkssegmentes. Es kommen nun auch Fälle vor, in denen neben linksseitigen auch rechtsseitige Symptome nachweisbar sind oder waren, bei denen dann secundär es zur Eiterung in der linken Seite gekommen ist (durch Wanderung der Eiterung oder durch Abkapselung von Abscessen nach diffuser Peritonitis oder auf dem Blut- und Lymphwege. Ueberhaupt werden linksseitige Abscesse nicht selten als auf A. basirend diagnosticirt werden, wenn man erst an die Möglichkeit einer A. denkt. Weit schwieriger ist die Diagnose in den Anfangsstadien, wenn man acut erkrankte Pat. mit linksseitigem Schmerz und sonst Erscheinungen, die auf eine Erkrankung der Verdauungsorgane hinweisen, vor sich hat. Auf event. Irrthumsmöglichkeiten macht Autor aufmerksam an der Hand zweier Fälle, die er beobachtet hat. Im ersten Falle handelt es sich um einen 24jähr. Mann, der vor Jahresfrist eine A. mit rechtsseitiger Localisation überstanden hat. Nachdem er jetzt acht Tage lang mässige Durchfälle gehabt, erkrankte er acut mit Schmerzen im linken Unterbauch und mit Stuhlverhaltung. Auf ein Abführmittel Schmerzen intensiver. Befund: Temp. 38,4^0, Puls 120, Zunge stark belegt. Abdomen weich, im linken Hypogastrium erhebliche Druckempfindlichkeit und auch spontaner Schmerz. In der Appendixgegend keine Druckempfindlichkeit; bei tieferem Palpiren dort geringfügige Resistenz zu fühlen. In der folgenden Nacht dreimal dünnflüssiger, mit vielen schleimigen Flocken gemischter Stuhl. Am anderen Morgen im linken Hypogastrium eine Stelle circumscript druckempfindlich und darüber etwas kürzerer Percussionsschall. Temp. 38,4^0. Puls 100. Subjectiv Wohlbefinden bis auf die Schmerzen links. Da in Anbetracht des hohen Pulses an die Möglichkeit einer drohenden Perforation gedacht werden musste, so wurde Pat. operirt, besonders da sich noch in den letzten Stunden quälender Singultus eingestellt hatte. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle links von der Mittellinie ergab sich, dass die Flexur vorlag; dieselbe hochgradig injicirt und mit ausgedehnten frischen fibrinösen Belägen bedeckt; also frische Pericolitis. Appendix konnte

nicht zu Gesicht gebracht werden. Nach der Operation sofort Abfall von Temperatur und Puls, ungestörte Reconvalescenz. Ueber die Ursache dieser acuten Pericolitis kann man nur Vermuthungen hegen. Da Diarrhoeen vorausgegangen waren, wäre es möglich, dass eine primäre Erkrankung der Flexura sigmoidea auf die Serosa übergegriffen hätte. Andererseits wird man die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit der überstandenen A. nicht in Abrede stellen dürfen. Man würde dann diese locale Peritonitis als durch eine secundäre Infection vom alten Appendixherd aufzufassen haben, die sich vielleicht später zu einem intraperitonealen Abscess entwickelt hätte. Im zweiten Falle erkrankte ein Mann, starker Potator, acht Tage vor der Aufnahme an einer „Magenverstimmung", die aber vorüberging. Am 2. XI. plötzlich heftige, kolikartige Leibschmerzen und öfteres Erbrechen; Stuhl angehalten. Temp. 38,5°, Puls 98, Zunge dick belegt. Abdomen etwas aufgetrieben, gespannt. Wegen der Spannung und des dicken Fettpolsters Palpation erschwert; nirgends umschriebene Resistenz zu fühlen, wohl aber besteht ausgesprochene Druckempfindlichkeit, am intensivsten in der Ileocoecalgegend, wo auch spontane Schmerzen vorhanden sind. Im Urin 1% Zucker, kein Eiweiss. Abends Puls 110, leicht unregelmässig. Am nächsten Morgen Schmerz am ausgesprochensten im linken Epigastrium, in der Ileocoecalgegend viel geringer. Im Verlauf der nächsten Tage verschwand der Schmerz rechts ganz, die Schmerzen im linken Epigastrium dagegen wurden stärker und strahlten auch in die Lumbalgegend aus. Puls 100, Temp. 38—39°. Am 13. XI. linksseitiges Pleuraexsudat nachweisbar. Punction ergab steriles, leicht getrübtes Exsudat. Leucocytenzahl des Blutes 13000, Puls dauernd gegen 100. Da zudem die Druckempfindlichkeit auch in der Lumbalgegend zugenommen hatte, lautete die Diagnose: „subphrenischer Abscess". Die Operation ergab: Fettgewebsnekrose. Bei der Section stellte es sich dann heraus, dass es sich um eine typische, multiple Fettgewebsnekrose handelte, deren Hauptherd im und um das Pancreas herum gelegen war; kleine Herde auch über das ganze Peritoneum verstreut, speciell auch in der Ileocoecalgegend. — In beiden Fällen lag also ein Krankheitsbild vor, das Anfangs wenigstens die Diagnose einer A. nahe legte. Im ersten Fall waren die Symptome ausschliesslich linksseitig und mussten, da die Anamnese das Ueberstehen einer A. ergeben hatte, auf die Appendix oder auf eine

von derselben ausgehende secundäre Infection bezogen werden. Im zweiten Falle musste die anfänglich ausgesprochene rechtsseitige Druckempfindlichkeit neben den auf eine peritoneale Erkrankung hinweiseuden übrigen Symptomen gleichfalls zunächst an eine Erkrankung der Appendix denken lassen. Der Zuckergehalt des Urins hätte allerdings auf eine Pancreaserkrankung hinweisen sollen. Man wird also die Möglichkeit einer Pancreasaffection in solchen Fällen in Erwägung zu ziehen haben.

(Medicin. Klinik 1907 No. 1.)

— Einen **Beitrag zur internen Behandlung der A.** liefert Dr. M. Pfister (Medicin. Klinik Heidelberg). Autor empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung die *Opium-Eisbehandlung*, deren günstigen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit er oft genug zu beobachten Gelegenheit hatte. Eis wird sehr gut vertragen und wirkt entschieden günstig. Wenn die acuten Erscheinungen vorüber sind, die Temperatur zur Norm abgefallen ist, wird es durch einen Priessnitz um den Leib ersetzt. Opium muss in grossen Dosen gereicht werden; in leichten Fällen giebt man zwei- bis dreimal täglich 10 Tropfen der Tinct. simpl., in jedem schweren Falle mit Fieber und Exsudatbildung zweistündlich 10 bis 15 Tropfen, auch oft Nachts weiter, und zwar Tage lang. Autor gab manchen Pat. 5—7 Tage hintereinander täglich 120 Tropfen ohne irgendwelche nachtheiligen Folgen. Das Opium bewirkt erhebliche Abschwächung der Peristaltik, die es ermöglicht, dass einerseits eine einfache entzündliche Schwellung der Appendix ohne Complication bald wieder nachlässt, anderseits bei sich entwickelndem Exsudat eitriger oder nicht eitriger Natur, Verklebungen sich bilden und schliesslich durch feste Adhaesionen der Process localisirt bleibt. Gerade bei den Formen, die mit Abscessbildung einhergehen, kann man oft beobachten, wie unter der Opium-Eisbehandlung die stürmischen Erscheinungen nachlassen, die vorher undeutliche Resistenz bald deutlich abgrenzbar wird, der Process sich localisirt und die Temperatur in wenigen Tagen zur Norm abfällt. Abführmittel verschlimmern meist den Zustand eclatant, wesshalb man auch mit der künstlichen Stuhlentleerung möglichst lange warten soll, jedenfalls so lange, bis anzunehmen ist, dass der entzündliche Process zum Stillstand gekommen ist oder ein Exsudat sich genügend fest abgesackt hat, sodass die Gefahr der Zerreissung von Adhaesionen eine möglichst geringe ist. Bei der spärlichen Kost ist eine Stuhlverhaltung

von 6 bis selbst 14 Tagen ohne Bedenken, selbst bei noch längerer Retention wurden nie Nachtheile gesehen. Mässiger Meteorismus stellt sich zwar bei fortgesetztem Opiumgebrauch leicht ein, von einem irgendwie bedrohlichen Meteorismus aber oder sonstigen nachtheiligen Folgen des Opiums hat Autor nie etwas bemerkt. Es tritt bei den meisten Pat. trotz Opium nach 6—8 Tagen spontan Stuhl ein, von da ab häufiger. Aber auch ganz zu Anfang ist vor Abführmitteln dringend zu warnen! Die Opium-Eisbehandlung soll nicht eingeleitet werden bei jenen acuten Fällen, die mit schweren Allgemeinsymptomen, kleinem frequenten Puls, gespannten Bauchdecken und mehr oder weniger trockener Zunge einhergehen. Solche Fälle, die eine Gangraen oder Perforation der Appendix ohne vorausgehende Bildung von Adhaesionen mit beginnender diffuser Peritonitis vermuthen lassen, sind sofort zu operiren. Die Fälle, die mit mässigen Beschwerden beginnen, die leichten Fälle, bieten natürlich bei der internen Behandlung die beste Prognose. Auch die mittelschweren Fälle ohne deutlich nachweisbares Exsudat zeigten dasselbe günstige Resultat. Auch bei der dritten Gruppe, den Fällen mit deutlicher Tumorbildung in der Coecalgegend, wurde ebenfalls zunächst energisch Opium und Eis angewendet. Sehr bald wurden dabei gänseeigrosse und noch grössere Tumoren allmählich kleiner und verschwanden schliesslich ganz. Auch bei den Fällen, in welchen mit grösster Wahrscheinlichkeit ein eitriges Exsudat angenommen werden musste, sah man vollkommene Resorption. Natürlich wurde an der internen Behandlung dieser Fälle mit Exsudat nur so lange festgehalten, als ein deutlicher Fortschritt zur Besserung zu erkennen war; zeigte der Tumor keine Neigung zum Zurückgehen, hielt das Fieber lange an oder stieg es sogar nach einiger Zeit wieder unter Verschlechterung des Allgemeinbefindens, so wurde operirt. Von vornherein bei deutlichem Tumor zu operiren, ohne dass sonst bedrohliche Erscheinungen vorhanden wären, erschien nicht indicirt, da das Exsudat bei interner Behandlung glatt resorbirt werden oder wenigstens in ein Stadium übergeführt werden kann, wo durch Bildung fester Adhaesionen eine Operation weniger gefährlich wird. Gerade diese Fälle mit beginnender Abscessbildung, an die die Chirurgen wegen der Gefahr einer Verschleppung des Eiters in die Bauchhöhle nur ungern herangehen, scheinen bei strengster Ruhe und Diaet durch Opium sehr häufig zur Abgrenzung gebracht werden zu können. In einem Falle wurde trotz häufigen

Erbrechens, ziemlich hoher Pulszahlen und erheblicher Spannung des Leibes bei Opiumbehandlung der Process dennoch zum Stillstand gebracht. Freilich ist auch trotz Opium in diesem Stadium, in welchem ein abgesackter Abscess einige Zeit besteht, die Ausbreitung der Entzündung zu einer allgemeinen Peritonitis nicht ausgeschlossen. Aber bei einer ständigen Beobachtung des Pat., die natürlich nie ausser Acht zu lassen ist, sind die Symptome, die dies Ereigniss andeuten, nicht so leicht zu übersehen. Als das ausschlaggebendste Symptom sieht Autor den Puls an. Ein kleiner, frequenter Puls über 120 bei einem sonst kräftigen, erwachsenen Individuum ist allemal ein sehr ernstes Zeichen, insbesondere wenn im Verlauf der Krankheit die Frequenz stetig ansteigt oder auch der innerhalb kurzer Zeit rasch gestiegene Puls keine Tendenz zum Abfall zeigt; ein Fehlen der Pulsbeschleunigung dagegen spricht nicht gegen eine Perforation. Von kaum geringerer Wichtigkeit ist die reflectorische Bauchdeckenspannung; sie ist ein sicheres Zeichen, dass das Peritoneum an der Entzündung mitbetheiligt ist. Man findet sie deshalb schon sehr früh bei der Exsudatbildung als locale Contraction der Bauchmuskeln in der Coecalgegend. Während eine solche für sich allein noch nicht die Indication zur sofortigen Operation abgiebt, ist letztere angezeigt, wenn die Spannung sich erheblich über die Ileocoecalgegend hinaus erstreckt. Erbrechen, das zu Beginn der Erkrankung als eine fast regelmässige Erscheinung und ohne besondere Bedeutung auftritt, ist, wenn es sich im Verlauf der Krankheit öfters wiederholt, als ein ernstes Symptom aufzufassen, das eine Operation rechtfertigt. Häufiges heftiges Aufstossen hat eine ähnliche Bedeutung. Ein ständig zunehmendes Wachsthum eines palpablen circumscripten Exsudats in der Coecalgegend wird natürlich auch eine Operation fordern. Neben diesen Hauptsymptomen spielen zur Beurtheilung der Schwere des A. die übrigen Erscheinungen nur eine untergeordnete Rolle. Das Fieber kann zu grossen Täuschungen Veranlassung geben. Mit dem Abfall desselben ist nicht immer eine eintretende Besserung verbunden, es kann eine diffuse, eitrige Peritonitis bekanntlich ohne jede Temperaturerhöhung bestehen; für die richtige Beurtheilung der A. ist also die Temperatur allein nie ausschlaggebend; länger bestehende, höhere und ebenso wieder neu ansteigende Temperaturen werden allerdings zur Vorsicht mahnen. Auch subjective Schmerzen und die Druckempfindlichkeit liefern keinen Maassstab

für die Intensität der Erkrankung; besonders bei der Opiumbehandlung schliesst vollkommenes Fehlen von spontanem Schmerz oder Druck in der Coecalgegend einen bedrohlichen Zustand niemals aus. Obwohl nun einzelne der erwähnten Symptome, wie ein hoher, kleiner Puls, eine ausgedehnte Bauchdeckenspannung oder fortgesetztes heftiges Erbrechen bei sonst nicht bedrohlich erscheinenden anderen Symptomen für sich allein eine Indication zur sofortigen Operation abgeben können, da ein ernstes Symptom allen günstigen gegenüber den Ausschlag giebt, so müssen wir doch stets das Gesammtbild berücksichtigen; in den meisten Fällen wird übrigens durch das Auftreten von mehreren entscheidenden Symptomen der Entschluss zur Operation erleichtert. Freilich wird es auch Fälle geben, die auf der Grenze stehen, Uebergänge, welche die erwähnten, eine Operation erfordernden Symptome noch nicht voll ausgeprägt zeigen, bei denen man aber doch den Eindruck einer schweren Erkrankung hat; in diesen Zweifelfällen ist die Operation jedenfalls der sicherste Ausweg. Nach diesen Grundsätzen sind in den letzten Jahren die Fälle von A. behandelt worden. Von den 55 leichten und mittelschweren erfuhr im Verlaufe der Opium-Eisbehandlung keiner eine Verschlechterung, alle konnten nach 3—4 Wochen ohne Operation beschwerdefrei entlassen werden; von den 15 schweren Fällen mit deutlichem Exsudat wurden 10, nachdem das Exsudat sich vollkommen resorbirt hatte, entlassen, und nur 4 wurden, nachdem der Abscess sich abgesackt, jedoch keine Neigung zur Verkleinerung gezeigt hatte, operirt und dann geheilt entlassen. Ein Pat. starb (fettleibiger Potator mit Myodegeneratio) an Lungenoedem. Man sieht also, dass eine richtig angewandte interne Therapie wirkliche Erfolge bei der A. zeitigt und dass eine grosse Anzahl selbst schwerer Fälle ohne Operation zur dauernden Heilung gebracht werden können. Der Landarzt freilich wird den Verlauf nicht so genau überwachen können, um den richtigen Zeitpunkt zu einer plötzlich nöthig gewordenen Operation nicht zu versäumen; für ihn sind daher die Grenzen der Indicationen für eine Operation weiter zu stecken. Im Allgemeinen sollen aber folgende durch die Erfahrungen gewonnenen Ansichten Geltung haben:

1. Jede als Appendicitis diagnosticirte Erkrankung soll mit Opium, wenn nöthig mit grossen Dosen, mit Eisblase behandelt werden, mit Ausnahme derjenigen

acuten Fälle, die von vornherein durch einen schweren Allgemeineindruck (kleiner frequenter Puls, Bauchdeckenspannung etc.) eine beginnende allgemeine Peritonitis durch Gangrän oder Perforation vermuthen lassen; in diesen Fällen ist eine sofortige Operation angezeigt. Für die unbedingte Frühoperation am ersten oder zweiten Tage der Krankheit vermögen wir nach dem heutigen Stande der Dinge nicht einzutreten.

2. Eine Operation kann nöthig werden, wenn im weiteren Verlauf sich Symptome einer beginnenden Perforation herausstellen, Zeichen einer sicheren grösseren Eiteransammlung vorhanden sind und die Allgemeinerscheinungen bedrohliche Verschlimmerung zeigen. Bei genauer Beobachtung in einer Klinik sind diese Zeichen nicht zu übersehen und eine sofortige Operation kommt dann nicht zu spät.
3. Bei verzögerter Heilung, mangelhafter Resorption des Exsudats, ständigen Schmerzen etc. ist ebenfalls eine Operation indicirt.
4. Bei ein- oder mehrmaliger Wiederholung des Anfalls ist die sofortige Frühoperation oder besser, wenn möglich, die Intervalloperation unbedingt anzurathen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 1 u. 2.)

Augenentzündungen. **Zur Behandlung phlyctänulärer A.** machen Prof. Dr. O. Watermann (San Remo) und Dr. F. L. Baum (Berlin) bemerkenswerthe Mittheilungen. Sie haben die Erfahrung gemacht (in der Poliklinik von Prof. Silex), dass die phlyctänulären A. dauernd verschwinden nach Entfernung von Rachen- und Gaumentonsillen, sowie etwaiger Gewächse der Nase; sehr hartnäckige und schwere Fälle heilten nach diesen Eingriffen verblüffend schnell. Und fast bei allen Kindern, welche mit phlyctänulären Erscheinungen zur Behandlung kamen, wurden lymphoide Wucherungen gefunden und die Indication zu deren Entfernung festgestellt. Letztere wurden ohne Narcose ausgeführt, bei Entfernung der Rachentonsillen zunächst mittels gefensterter Zange mit scharf schneidenden Rändern, der man den modificirten Gottstein folgen liess, bei der Tonsillotomie mit dem Instrument von Fahnestock. Nie excessive Blutung oder irgendwelche Nachblutung. Nachbehandlung: Gurgeln mit Thymollösung (mit etwas Pfefferminz), Ausspritzen mit

Wasserstoffsuperoxyd. Während der ersten 48 Stunden nur flüssige, abgekühlte Nahrung. Ausserdem Syr. ferri jod. (3 Mal täglich 1 Tropfen pro Lebensjahr). Rasche Besserung aller Erscheinungen. (Die ärztl. Praxis 1906 No. 20.)

— **Mitin, eine neue Salbengrundlage** (Krewel & Co.) hat Dr. Haass (Viersen) in der Augenpraxis seit einem halben Jahre in ausgedehnter Weise benutzt und kommt zu dem Schluss, dass es zur Zeit keine bessere Salbengrundlage für die augenärztliche Praxis giebt. Das *Mitin pur.* ist eine Kühlsalbe par excellence. Bei allen Lidrandleiden, besonders chronischer Natur, wird die angenehme kühlende, reizmildernde Wirkung auf das Wohlthuendste empfunden. Auch objectiv ist bei entzündeten Lidrändern primären oder secundären Ursprungs der Heilerfolg sehr in die Augen springend. Die in der Augenpraxis angewandten Medicamente sind ohne Weiteres mit Mitin pur. mischbar. *Mitin. cosmeticum* wirkt wegen seines grösseren Flüssigkeitsgehaltes noch intensiver kühlend; als eigentliches Salbenconstituens ist es jedoch weniger geeignet. Die Verwendung der *Mitinpaste* ergibt sich aus seiner Zusammensetzung (Zinc. oxyd.); sie wird wegen ihrer Rosafärbung besonders von Damen geschätzt, da sie vorsichtig aufgestrichen, auf der Lidhaut kaum bemerkbar ist und entzündeten Hautparthien fast normales Aussehen verleiht. Einen ausgezeichneten Ersatz für die graue Salbe bildet das *Mitinquecksilber*, das sehr bequem dosirbar in den Handel kommt und prompte Wirkung entfaltet. Endlich hat sich Autor mit grossem Vortheil der *Mitinseife* bedient, die bei Lidrandleiden recht gute Dienste leistet.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 27. December 1906.)

Diabetes. Ein Fall von traumatischem D. mellitus wird von San.-R. Dr. Schweckendieck (Lauenau) berichtet. Am 15. October bekam ein sechsjähriges Kind einen Fussstoss in die Nabelgegend und lag 10 Minuten mit grossen Schmerzen am Boden. In der Nacht kolossaler Durst und grosse Mengen Urin. Tags darauf fand Autor bei dem bis dahin gesunden Kinde: Blässe des Gesichts, Kälte der Extremitäten, Puls 60, Temperatur 37,1°, Leib in der Nabelgegend und rechts von ihr empfindlich. Harn specif. Gewicht 1020, frei von Eiweiss und Zucker (Nylander). Oefters Erbrechen. Am 19. X. Harn specif. Gewicht 1030, 4¾% Zucker, viel Aceton. Am 22. X. — die Symptome hatten bis dahin angehalten — Coma mit grosser Athmung,

Entleerung von schwarzem Blut mit dem Stuhlgang, einige Stunden später Exitus. — Es hatte entweder Blutung und ausgedehnte Nekrose im Pancreas oder eine Splanchnicus-Affection vorgelegen. Am 2. Tage, wo im Harn Zucker nicht gefunden wurde, handelte es sich vielleicht um unvollständige Spaltungsproducte des Zuckers, welche auf Nylander nicht reagirten.

(Allgem. med. Central-Zeitung, 1907, No. 1.)

— **Wann soll bei diabetischer Gangraen operirt werden?** Diese Frage beantwortet Prof. Dr. G. Klemperer (Berlin) auf Grund seiner Erfahrungen wie folgt: „Diabetiker ohne Acidosis und ohne Albuminurie sollen bei eintretender Extremitätengangrän nicht operirt werden. Es ist vielmehr bei ganz kohlehydratfreier Kost Demarcation und Abstossung in Ruhe abzuwarten. Der Heilungsprocess wird unterstützt durch trockene Pulververbände und zeitweise Bier'sche Stauung. Besteht dagegen Acidosis oder tritt dieselbe nach Einleitung der kohlehydratfreien Diaet ein, so ist sofort möglichst hohe Amputation vorzunehmen, auch wenn der locale Herd nur geringfügig ist. Ebenso ist bei ausgesprochenen Zeichen chronischer Nephritis zu verfahren“. (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1907.)

— **Zur Therapie der diabetischen Phthise** ergreift Dr. O. Thorspecken („Villa Paul“ bei Badenweiler) das Wort. Schon Naunyn hat betont, dass man die Möglichkeit eines guten Erfolges antidiabetischer Behandlung bei leichteren Fällen dieser Art nicht zu pessimistisch beurtheilen darf, und er zählt die Lungentuberculose unter den Complicationen des D. auf, deren Bekämpfung in der Behandlung des D. besteht. Meist wird leider in der Praxis die Bedeutung der Entzuckerung, selbst wo es sich um mühelos zu beseitigende geringe Zuckermengen handelt, unterschätzt. Autor hat in der letzten Zeit eine Reihe von lungenkranken Diabetikern behandelt und sich davon überzeugt, dass es sich verlohnt, die nicht unerheblichen Schwierigkeiten einer exacten Assimilations-Grenzenbestimmung auch in ambulanter Behandlung zu überwinden und dem Pat. die Beibehaltung der quantitativ und qualitativ festgelegten Nahrung zuzumuthen. Auch hatte er Gelegenheit, einen früher nach diesen Grundsätzen behandelten Kranken zu controlliren und einen bereits durch mehrere Jahre fixirten therapeutischen Erfolg festzustellen. Eine vierwöchentliche antidiabetische und antituberculöse Behandlung hatte den

bleibenden Erfolg erzielt, dass eine ausgedehnte tuberculöse Affection zur Vernarbung kam und gleichzeitig die Assimilationsgrenze um fast das Dreifache stieg. Der Fall war auch dadurch interessant, dass hier der Pat. schon tuberculös war, als er D. bekam; unter dem Einfluss des letzteren flackerte dann der bereits zur Ruhe gekommene tuberculöse Process in gefahrdrohender Weise auf. Der Erfolg mahnt uns, den D. bei jedem Tuberculösen mit dem gleichen Ernste zu behandeln, wie wenn diese Complication nicht vorläge, ja gerade wegen der tuberculösen Erkrankung bestrebt zu sein, auf den D. günstig einzuwirken. (Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 7.)

— Für die **Anwendung des Saccharins bei Diabetikern und Fettsüchtigen** empfiehlt F. Blumenthal (Berlin) folgende Recepte:

Rp. Saccharini solub. 1,8
Aq. destill. 250,0
Solve calore, filtra.

S. Einfache Saccharinlösung, entspricht an Süsse dem Syrupus simpl. Ph. austr. VII.

Rp. Saccharini puri 10,0
Natri bicarbon. 5,0
Aq. destill. 1000,0
Coque ad perf. solut., filtra.

S. 1 % Saccharinlösung, 100 g entsprechen an Süssigkeit 250 g Zucker, 1 g entspricht 2,5 g Zucker, 0,4 g entsprechen 1 g Zucker.

Rp. Rad. Rhei cont. 25,0
Kali carb. 0,5
Inf. e. Aq. destill. 300,0
Colat. expr. 250,0
adde
Saccharini solub. 1,8.

(Medicin. Klinik 1907 Nr. 5.)

— **Untersuchungen und klinische Erfahrungen mit Litonbrod, einem neuen Diabetikergebäck,** publicirt Dr. Brodzky (Kudowa). Litonbrod wird aus Weizenkleber (Glidin Klopfer), das die Backfähigkeit und den Brodgeschmack bedingt, und aus einer Substanz der Roggenkeimlinge, welche als die Stärke ersetzendes Füllmittel dient, her-

gestellt; diese isolirten Roggenkeimlinge, die 40% Kohlehydrate enthalten, werden durch Behandeln mit Malzinfus und Auswaschen von dem grössten Theile der Kohlehydrate befreit. Autor hat nun in 18 Fällen von D. so gute Erfahrungen mit dem Brod gemacht, dass er zu dem Schlusse kommt: In dem Litonbrod*) liegt das erste brauchbare Gebäck vor, welches neben seinem natürlichen Brodgeschmack wirklich kohlehydratarm ist und nur aus Stoffen besteht, die im Getreidekorn enthalten sind.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 4.)

Fracturen und Luxationen. Zur **Behandlung des Schlüsselbeinbruches** empfahl Prof. Bayer jüngst eine Methode, bestehend in dorsaler Fixation des Armes. Dr. Lauper (Interlaken) hatte jetzt Gelegenheit, nach dieser Methode einen Fall zu behandeln bei einem 8jährigen Knaben mit Bruch am inneren Ende des äusseren Drittels und war mit dem Resultat sehr zufrieden. Nach Bayer soll nach Coaptirung der Bruchenden der Vorderarm quer über den Rücken fixirt werden. Zudem soll mit 3 Heftpflasterstreifen extendirend auf das Acromialende und den Humeruskopf gewirkt werden. Der Arm wird unter Freilassung der Hand mittels Bindentouren nach Desault fixirt. Autor konnte nun bei seinem Falle auf diese Weise nicht genau zum Ziele gelangen. Besser gelang es nach Einführen eines kleinen Achselkissens hoch in die Achselhöhle, welches als eine Art von Hypomochlion wirkte. Mittels eines Heftpflasterstreifens über die Clavicula, den Humeruskopf und über diesen zum Rücken liess sich ein gewisser Grad von Extension und eine gute Coaptation erreichen und beibehalten. Den Arm fixirte Autor nicht quer über den Rücken, weil so der Schlaf in der gewohnten Lage oder sogar in Seitenlage wesentlich behindert werden muss, sondern schräg über den Rücken in Mittelstellung zwischen Extension und Flexion des Ellenbogens, sodass die Hand auf die Sacralgegend zu liegen kam. Rücken und Arm müssen gut mit Watte gepolstert werden zur Vermeidung von Ekzem. Fixation des letzteren mittels zwei weiteren Heftpflasterstreifen und einigen gut sitzenden Bindentouren. Auf diese Weise ist der Schlaf in Seitenlage sehr gut möglich, und es empfiehlt sich Bettruhe für die ersten Tage. Nach neun

*) Hergestellt in Rademann's Nährmittelfabrik, Frankfurt a. M. (Filiale Berlin, Kantstr. 34).

Tagen entfernte Autor den Verband. Dabei war die Fractur, wenn auch noch nicht fest, so doch so fixirt, dass bei vorsichtiger Bewegung eine weitere Verschiebung nicht mehr eintrat. Es hätte event. genügt, einfach eine Mitella anzulegen. Autor fixirte jedoch den Arm in der doch etwas bequemeren Stellung vorn auf der Brust, da ohne Gewaltanwendung eine secundäre Verschiebung nicht mehr zu befürchten war. Nach weiteren 14 Tagen war Consolidation eingetreten und es wurde mit Massage begonnen. Das Endresultat war in jeder Richtung sehr befriedigend. **(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1906 No. 24.)**

— **Ein Fall von uncomplicirtem Bruch beider Unterarmknochen in Folge Pferdebisses** wurde von Dr. E. Joseph (Berlin) beobachtet. Es handelte sich um einen kräftigen, musculösen Mann. Beim Futtergeben ergriff ihn das Pferd mit seinem Gebiss am linken Vorderarm mit solcher Wucht, dass es ihm den Arm in die Höhe riss. Erst nach einigen Minuten gab das Thier den Arm frei. In dem Moment, wo es den Arm ergriffen und in die Höhe gezerrt hatte, hörte Pat. das Knacken der Knochen; dieselben waren gebrochen, ohne dass äusserlich eine Verletzung sichtbar war.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, 1906 No. 11.)

Influenza. **Novaspirin, ein verbessertes Aspirinpräparat** empfiehlt Dr. K. Witthauer (Halle). Aspirin hat den einen Nachtheil, dass es von manchen Leuten, besonders solchen mit hyperacidem Magensaft, nicht vertragen wird und diesen Magenbeschwerden macht. Diesen Nachtheil vermeidet das Novaspirin (Disalicylsäureester der Methylencitronensäure), das von der Firma *Bayer & Co.* in Elberfeld mit einem Salycilsäuregehalt von 62% hergestellt wird. Auch von Leuten, welche Aspirin nicht vertrugen, wurde dies Präparat tolerirt. Allerdings steht die schweisstreibende Wirkung des Novaspirins der des Aspirins erheblich nach und auch die Allgemeinwirkung ist eine schwächere, sodass Novaspirin bei Rheumatismen länger und in etwas höheren Dosen gegeben werden muss, als Aspirin, und auch erst, wenn Schwellungen und Schmerzen bereits verschwunden sind. In den Fällen, wo ein energischer diaphoretischer Effect erzielt werden soll, muss man beim Aspirin bleiben. Auch als Antipyreticum steht Novaspirin dem Aspirin nach, und muss auch hier wenigstens die Dosis etwas gesteigert werden. Ganz ausgezeichnet wirkte aber Novaspirin bei Influenza, und hier verdient es warme Empfehlung. **(Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 3.)**

— **Ueber Novaspirin** giebt Dr. J. Ruhemann (Berlin) sein Urtheil ab, und zwar in sehr günstigem Sinne; Novaspirin ist ein verbessertes Aspirin, das des letzteren gute Eigenschaften aufweist, ohne aber irgendwelche Nebenwirkungen zu zeigen. Seine Wirkung setzt langsamer ein, als die des Aspirins, es zersetzt sich langsam, wird nur allmählich aufgenommen und hält sich lange im Organismus auf. Das schützt vor unangenehmen Zufällen. Die Erfolge bei I., sowohl bei der typischen, wie bei der Pneumokokkengrippe, waren recht befriedigende. Aber auch bei subacuten und chronischen Krankheitsformen ist Novaspirin sehr indicirt, da man es lange Zeit geben kann, ohne dass der Organismus geschädigt wird. So fehlen Wirkungen auf die Magenthätigkeit vollkommen. Davon konnte sich Autor bei einer Reihe von Fällen überzeugen, bei denen über Magendruck, saures Aufstossen etc. nach Aspirin geklagt wurde, während entsprechend grössere Dosen von Novaspirin ganz schadlos vertragen wurden; selbst bei bestehenden Cardialgien verschlimmerte das Mittel den Zustand nicht. Von späteren Störungen der Magenthätigkeit liess sich selbst bei wochenlanger Anwendung des Mittels nichts wahrnehmen; bei Carcinosen trug dasselbe sogar zur Aufbesserung des Appetits bei. Das langsamere Einsetzen klinischer Wirkungen, das der langsameren Aufnahme in den Kreislauf entspricht, zeigte sich in dem protrahirten Eintreten der Schmerzlinderung; so konnte man die Beeinflussung von heftigen Migräneschmerzen erst im Laufe einer Stunde wahrnehmen, so erfuhren Carcinomschmerzen erst nach 2 Stunden Linderung. Entsprechend der langsam erfolgenden Zersetzung des Novaspirins und dem gegenüber dem Aspirin um das Zwei- bis Dreifache verlängerten Aufenthalte in dem Organismus ergiebt sich die Möglichkeit einer gesteigerten Ausnutzung der Salicylsäure, eine Möglichkeit, die bei gleichen Salicyldosen viel längere Einwirkung des Mittels gewährleistet. So liess sich bei einem Carcinomfall constatiren, dass eine einmalige Gabe von zwei Tabletten Novaspirin à 0,5 g die günstige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden und die Schmerzen drei Tage lang im Gefolge hatte, und demnach die Medication nur jeden vierten Tag nothwendig erschien, s. u. So kann man bei chronischen Leiden, weil man das Mittel seltener gebrauchen kann, eine um so protrahirtere Anwendung ermöglichen. Die langsame Aufnahme des Novaspirins schützt vor dem Auftreten rapider und heftiger Schweissausbrüche, die,

wenn auch hier und da bei acuten Krankheiten erwünscht, in einer Reihe von Fällen, bei schwachen Individuen, schweren Herzleiden, chronischen Krankheiten, bei Gefahr von heftiger Blutung contraindicirt sind; hier kann, wenn ein Erforderniss besteht, Novaspirin fraglos zur Anwendung gelangen; hier ist es in vortrefflicher und absolut schadloser Weise für Phthisiker am Platze, deren Fieber bekämpft werden soll, hier findet es seine Stelle bei anhaltenden Fiebern, bei denen man durch die künstlich hervorgerufenen, mit starkem Schweiss einhergehenden Remissionen, nach denen doch wieder Temperaturaufstiege erwartet werden müssen, keine unnöthigen Schwächungen des Kranken hervorrufen, die Schweisscollapse vermeiden will. Wenn auch bei Novaspirin Schweissbildung auftritt, so ist sie mild und gleichmässig. Die allmähliche Umsetzung des Novaspirins verhindert das Auftreten von Ohrensausen, das bei dem Aspirin nicht immer zu vermeiden ist, und so eignet sich jenes als ein vorzügliches Mittel in der otiatrischen Praxis. Eine Frau, die nach drei Aspirindosen à 0,5 g starkes Ohrensausen verspürte, konnte bei Gebrauch von 34 Tabletten à 0,5, von denen täglich sechs genommen wurden, keine subjectiven Ohrperceptionen wahrnehmen. Wenn man bei Albuminurie, Nephritis und Herzaffectionen die Aspirintherapie zu perhorresciren berechtigt ist, so bildet diese Trias keine absolute Contraindication gegen die Novaspirindarreichung, selbst bei eingetretenen Stauungserscheinungen. Ich beobachtete in jenen Fällen keine ungünstige Beeinflussung des Eiweissverlustes, keine Alteration der Nieren und des Herzens; ja bei rheumatisch bedingten Herzleiden könnte eine in aetiologischem Sinne vorgenommene, vorsichtige Novaspirinbehandlung vortheilhaft sein. Die milde Salicylwirkung gewährt ferner in der paediatrischen Thätigkeit dem Novaspirin einen weiten Spielraum; Kinder in dem ersten und zweiten Lebensjahr vertrugen das Mittel ausgezeichnet; bei allen möglichen fieberhaften, infectiösen, rheumatischen Krankheiten kann es seine Stelle finden; auffallend günstig zeigte sich seine prompte Wirkung bei katarrhalischem Icterus mit Leberschwellung. Bei Rheumatosen der verschiedensten Formen lässt das Novaspirin sich verwerthen, ebenso wie seine Einwirkung auf neuralgiforme und neuralgische Schmerzen, Menstruationskoliken zuverlässig ist; die Cephalalgie, Migräne etc. wird, wenn auch etwas später, doch nachhaltiger bekämpft. Will man auf die durch Schmerzen gestörte Nachtruhe ein-

wirken, so ist es zweckmässig, mindestens 1 Stunde vor der Nacht das Mittel zu reichen. Novaspirin lindert tabische und carcinomatöse Schmerzen. Es hat sich, wie erwähnt, bei I. bewährt. Will man bei acuten Affectionen sehr rasche Wirkung haben, so muss man freilich erst Aspirin ordiniren, und dann event. die Wirkung durch Novaspirin unterhalten. Von letzterem verordnet Autor meist zwei- bis dreimal täglich je zwei Tabletten à 0,5 g (1 g enthält etwas mehr Salicylsäure als 1/2 g Aspirin). Kinder im ersten Lebensjahr vertragen ganz gut Dosen von 0,25 g, bei älteren Kindern sind 0,3—0,5 g enthaltende Pulver mehrmals täglich statthaft, und vom zwölften Jahre ab kann man auch zwei Tabletten à 0,5 g auf einmal nehmen lassen. (Med. Klinik 1907 No. 5.)

— **Novaspirin** hat auch Dr. G. Liebmann (städt. Krankenhaus Triest) angewendet und kam zu den gleichen Resultaten. Ein völlig ungefährliches, dem Aspirin gleichwerthiges Mittel, letzterem besonders in den Fällen, wo dieses Magenbeschwerden macht, und bei I. entschieden vorzuziehen. (Wiener klin. Wochenschrift 1907 No. 7.)

Intoxicationen. Auf **eine besondere Art von Rauchvergiftung** macht Kais. Rath Dr. Fr. Wikulill (Leoben) aufmerksam. Es droht nämlich dem Pfeifenraucher unter gewissen Umständen eine ernste Vergiftung, welche dem Tabaksaft und Schmergel zuzuschreiben ist, die sich in den Pfeifen und dessen Rohren ansammeln. „Diese Vergiftung befällt nie jene Gewohnheitsraucher, welche ein und dieselbe Pfeife täglich rauchen, auch dann nicht, wenn keine besondere Sorgfalt auf die Reinigung dieser Pfeife verwendet wird. Hat aber ein Raucher eine Auswahl von Pfeifen, welche er abwechselnd benützt, vergisst er einmal, die beiseite gelegte Pfeife gründlich zu reinigen, und benützt er dieselbe nach mehreren Wochen, nach welcher Zeit der Tabaksaft und Schmergel vollkommen eingetrocknet sind, so treten stürmische Vergiftungserscheinungen auf, die sich in Schwindel, Brechneigung, eventuell Durchfall, kaltem Schweiss, Herzklopfen, kleinem Pulse, Magendrücken, Kopfschmerz, vorzüglich aber in Brennen und Trockenheit im Munde und Schlunde äussern. Eine oberflächliche Beurtheilung dieser Symptome gewinnt den Eindruck eines acuten Gastricismus durch Ptomainvergiftung. Ich habe diese Vergiftung, die erst nach einigen Tagen abklingt, bei älteren Herren, die eine

Pfeifensammlung hatten, wiederholt beobachtet und immer die Meinung hören können, dass sie sich trotz ihrer regulären Lebensweise und vorsichtigen Diaet doch mit irgend etwas den Magen gründlich verdorben haben. Erst der Anblick eines Pfeifenständers hat mich zu der Frage veranlasst, ob kurz vor Eintritt der Erkrankung die Pfeife gewechselt und wie lange diese Pfeife nicht benützt wurde, worauf grosses Erstaunen des Patienten darüber erfolgte, dass eine alte Pfeife solche Symptome hervorrufen könne Warum der Tabaksaft und Schmergel nur im eingetrockneten Zustande so intensiv giftig wirken, bleibt vorläufig unaufgeklärt; vielleicht spielt die längere Einwirkung der Luft hierbei eine Rolle.“ (Wiener med. Presse 1906 No. 51.)

— **Ein hinsichtlich seiner Aetiologie eigenartiger Fall von Bleivergiftung** wurde in der v. Jaksch'schen Klinik in Prag beobachtet, von E. Bleyer von dort berichtet. Bei einem jungen Mädchen wurde Bleivergiftung constatirt. Es stellte sich heraus, dass die Pat. in einer Fabrik Verkäuferin und seit einem Jahre damit beschäftigt sei, Bleifiguren einzupacken. Es hat also das blosse Manipuliren mit den Figuren, die noch mit Lack bestrichen waren, genügt, eine chronische Bleivergiftung hervorzurufen.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 52.)

— **Ueber Veronal und Veronalvergiftung** äussert sich Prof. Dr. Umber (städt. Krankenhaus Altona). Autor verwendet Veronal seit 3 Jahren und hat 2800 g verbraucht, ohne jemals irgend welche nennenswerthe schädlichen Nebenwirkungen beobachtet zu haben. Er hat das Mittel ausserordentlich schätzen gelernt, als Hypnoticum bei nervöser Schlaflosigkeit (bei Schlaflosigkeit in Folge von Schmerzen durch organische Krankheitsursachen combinirt man es zweckmässig mit kleinen Morphiumgaben), nicht minder als Beruhigungsmittel bei Erregungszuständen aller Art, vor allem bei Alkoholdeliranten. Autor ist zur Ansicht gelangt, dass drohende Alkoholdelirien durch rechtzeitige Anwendung von Veronal am Ausbruch verhindert werden können und die Mortalität ausgebrochener Delirien durch consequente Veronalgaben verringert werden kann. Er hat Beispiele erlebt, dass bei delirianten Alkoholikern mit degenerirtem Herzmuskel und kranker Leber, wo die Prognose absolut infaust schien, durch die mit Cardiotonicis combinirte dreiste Darreichung von Veronal (3—4 g pro die) der tödtliche Ausgang des Anfalls abgewandt

wurde. Abgesehen von leichten Nebenwirkungen wurden schädliche Folgen nie gesehen, auch nicht bei wochenlanger Darreichung. Auch die Veronallitteratur berichtet nichts von dauernden schädlichen Folgen, und die Zahl der tödtlich verlaufenen I. ist bei kritischer Sichtung eine sehr geringe. Auch Autor verfügt über einen letalen Vergiftungsfall, aber dieser konnte gerade die gute Meinung über das Mittel nur befestigen. Eine junge Frau war bewusstlos aufgefunden worden, neben ihr 40 Pulverhülsen von Veronal à 0,5 g. Sie hatte 20 g Veronal genommen! Der Ausgang schien Anfangs günstig zu werden, aber es trat Pneumonie hinzu, die ad exitum führte. Man suchte in dem quantitativ durch Katheterisation während des Lebens und aus der Leiche gesammelten, im übrigen normalen Harn die Menge des ausgeschiedenen Veronals analytisch nachzuweisen sowie zu prüfen, ob etwa in der Leber oder dem Gehirn der Leiche unverändertes Veronal aufzufinden sei. Aus 4590 ccm Urin wurden 10,94 g Veronal = 54,7 % der eingenommenen Menge wiedergewonnen, im Gehirn liess sich kein Veronal nachweisen, aus der Leber 36 mg. Auch jene exorbitante Dosis war weder durch seine Wirkung auf das Centralnervensystem, noch durch seine Wirkung auf die Circulationsorgane und somit auf den Blutdruck unmittelbar deletär geworden! Das schwere Coma, in welches die Vergiftete sehr bald nach der Aufnahme des Giftes verfiel, war am dritten Tage der Vergiftung bereits wieder verschwunden, so dass die Pat. nun nicht mehr den Eindruck einer Moribunden, sondern einer ruhig Schlafenden machte. Die Anfangs gänzlich erloschenen Pupillen- und Sehnenreflexe waren wieder zurückgekehrt, ja sogar gesteigert, und das Trachealrasseln hatte aufgehört. Desgleichen hat das Herz bis wenige Stunden vor dem Tode seine zwar beschleunigte, aber ruhige und gleichmässige Action bewahrt. So schien am dritten Tage die Hoffnung auf Erhaltung des Lebens berechtigt. Da kam die Schluckpneumonie. Das Herz war so wenig geschädigt, dass es noch 3 Tage lang der ausgedehnten Pneumonie mit sehr hohen Temperaturen Stand zu halten vermochte! Auffallend waren nur die Störungen in der Wärmeregulierung: Pat. hatte fast die ganzen ersten 24 Stunden lang Untertemperaturen (35,4 bis 35,5°), um dann im Verlauf der Pneumonie zu hyperpyretischen Temperaturen schnell emporzusteigen (42,3°!). Es liegt nahe, anzunehmen, dass Störungen der centralen Wärmeregulirung durch derartig hohe Dosen Veronal aus-

gelöst werden. Dem Eintreten der den letalen Ausgang herbeiführenden Aspirations-Bronchopneumonie liesse sich in ähnlichen Fällen vielleicht dadurch bis zu einem gewissen Grade entgegenarbeiten, dass bei Zeiten die Ventilation der Lungen durch mehrmals täglich wiederholte künstliche, forcirte Athmungsbewegungen möglichst lebhaft befördert wird. (Medicin. Klinik 1906 No. 48.)

Neuralgien. **3 Fälle von Zungenneuralgie** beschreibt Dr. L. Hoeflmayr (München). In allen drei Fällen handelte es sich um mässig neurasthenische Pat. mit träger Darmthätigkeit; nachdem letztere geregelt war, verschwanden auch die Schmerzen in der Zunge. Interessant war ferner, dass die beiden eigentlichen Zungennerven Glossopharyngeus und Hypoglossus vollständig unbetheiligt waren. Die Schmerzen traten nur im Ausbreitungsgebiete des N. lingualis, eines Zweiges des Ramus infer. des Trigeminus, und von ihm ausstrahlend in Fall 1 und 3 in kleinen Aestchen des 1. und in Fall 2 in solchen desselben Astes, dem der N. lingualis entstammt, auf. Dass es sich um eine reine Neuralgie des Lingualis handelte, kann auch daraus geschlossen werden, dass die Chorda tympani, also der Nerv, der dem vorderen Drittel der Zunge die Geschmacksfasern zuführt, nicht an der Erkrankung betheiligt war. Eine locale Entzündung oder sonstige örtliche Erkrankung der Zunge aber dürfte schon dadurch ausgeschlossen werden. Denn es wäre kein Grund anzugeben, warum eine solche Erkrankung den sensiblen Nerven allein in Mitleidenschaft ziehen sollte; ausserdem waren die zugehörigen Lymphdrüsen nie angeschwollen, wie dies ja sonst bei Mund-, Zungen- und Halserkrankungen sofort der Fall ist. Als sinnfällige Ursache der Neuralgie bleibt demnach nur die habituelle Obstipation. Dass bei Darmträgheit solche N. im Gebiete der Gehirnnerven durch wahrscheinliche Vermittelung des Sympathicus ausgelöst werden können, ist bekannt. Es erscheint naheliegend, dass in diesen Fällen (wie auch vielleicht beim Migräneanfall) ein bei der Darmfäulniss entstehendes und von der Darmwand resorbirtes Toxalbumin eine nervenschädigende Rolle spielt.

(Münch. med. Wochenschr. 1906 No. 51.)

— Ein **durch Retroflexio uteri bedingter Fall von echter Ischias** wird von Dr. Offergeld (Marburg) berichtet. 43jährige Frau, seit 15 Jahren in steriler Ehe lebend, befindet sich seit über 6 Monaten wegen hochgradiger Ischiasbeschwerden

in Behandlung eines hervorragenden Neurologen, der aber nichts ausrichten konnte. Als sie jetzt ins Krankenhaus aufgenommen wurde, bestanden ihre Hauptklagen über das Unvermögen, auf dem rechten Beine länger stehen zu können, und über Paraesthesien, sowie zeitweilige heftige Schmerzen in der Hüft-, Kreuz- und Beckengegend und im Ausbreitungsbezirk des N. ischiadicus vom Trochanter major aus bis zum Oberschenkel und von da durch die Kniekehle entlang, dem Ausbreitungsbezirk des N. peroneus entsprechend. Die Schmerzen hatten einen stechenden und bohrenden Charakter und traten besonders nach längerem Stehen auf. Objectiv-intensive Schmerzhaftigkeit im ganzen rechten Ischiadicus; besonders die beiden leicht erreichbaren Druckpunkte äussert schmerzhaft. Ischiasphänomen positiv. Im Laufe der sensiblen Hautbezirke Paraesthesien und Hyperästhesien. Reflexe normal, nur in der rechten Achillessehne nicht auslösbar. Trotz aller internen Mittel und elektrischer und thermischer Therapie verschlechterte sich der Zustand so, dass Pat. nunmehr nur liegen konnte. Autor nahm eine gynäkologische Untersuchung vor: Retroflexio uteri mit geringer perimetrischer Fixation nach der rechten Seite zu; die ganze rechte Seite, besonders die Gegend des rechten Foramen ischiadicum majus äusserst empfindlich. Da Pat. der arbeitenden Classe angehörte und kaum in der Lage war, sich der bei Pessarbehandlung so nöthigen ärztlichen Controlle zu unterziehen, so operirte Autor radical. Schon paar Tage später Schmerzen und Paraesthesien geschwunden, nach 3 Wochen konnte Pat. am Stocke gehen, später konnte sie wieder ihre häuslichen Arbeiten verrichten und 1 Jahr später gebar sie spontan ein Kind. — Der Fall hatte Erscheinungen aufgewiesen, wie wir sie im Centralnervensystem dann finden, wenn wir das pathologisch-anatomische Substrat der Neuritis vor uns haben; dass überaus oft ein prädisponirendes Moment für die Entartungen, sowohl die einfachen N., als auch die verschiedenen Arten der Entzündung, gerade in den verschiedenen Schwankungen im Stoffwechsel und Allgemeinbefinden in Folge gynaekologischer Affectionen zu suchen ist, kann nicht nachdrücklich genug betont werden; besonders die Retrodeviationen des Uterus schaffen durch anhaltende, schmerzhafte Erregungen der Nervenenden Reizzustände und N. im Bereiche der genitalen und Bauchdeckennerven. Jedenfalls können selbst völlig bewegliche Retroflexionen schwere Veränderungen im Nervensystem bedingen! Bei obigem Falle erblickt Autor die Haupt-

ursache aller Beschwerden in der Retroflexio, welche auf direct mechanischem Wege, durch den ständigen Druck auf den Stamm des rechten Ischiadicus, eine echte Druckneuritis in ihm zu Stande brachte. Dass durch langandauernden Druck auf den Stamm eines Nerven die Blutzufuhr alterirt wird und sein Stoffwechsel sich umgestalten muss, liegt auf der Hand; diesen secundären Zuständen ist aber vielleicht bei der Entstehung der Neuritis die wichtigste Ursache beizumessen. Im obigen Falle waren trotz des langen Bestehens der Retroflexion die durch sie bedingten Nervenstörungen dennoch nicht so selbständig geworden und traten nicht als eigene, unabhängige Erkrankung so in den Vordergrund, dass sie noch selbständig nach Fortschaffung der Ursache fortbestanden, sondern sie beschränkten sich auf diese einzige Störung und kehrten selbst bei der Gravidität nicht wieder. Letztere bietet an sich ein interessantes Moment. 15 Jahre lang Sterilität, nach Reposition des Uterus Conception. Autor hat das schon mehrfach erlebt. Eine Anteflexion des Uterus ist vielleicht zur Conception nicht nöthig, sie wirkt aber sicher unterstützend. Jedenfalls zeigt der Fall, dass auch gelegentlich einmal eine einfache, nicht sonderlich fixirte Retroflexion durch ihre Folgezustände zum Eingreifen Veranlassung geben kann, und dass der extreme Standpunkt, einer Verlegung jede Bedeutung abzusprechen, ebenso falsch ist, als jede Deviation für alle möglichen Folgen verantwortlich machen zu wollen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 51.)

Neurasthenie. **Die Arzneibehandlung der N.** bespricht Dr. R. Freund (Danzig) auf Grund seiner Erfahrungen. Wenn man auch bei N. im Allgemeinen ohne Medikamente auskommt, giebt es doch Fälle und Situationen genug, bei denen man auch Medicamente heranziehen muss. Es kommen da in Betracht: 1. Beruhigungsmittel. 2. Mittel, welche auf die zu Grunde liegende oder begleitende Krankheit wirken. 3. Mittel, welche auf die Besserung der Nerven hinzielen. Als Beruhigungsmittel ist nicht *Brom* zu empfehlen, dessen längere Darreichung nicht vortheilhaft ist. Bei cardialer und schneller Erregbarkeit wirken Brompräparate allerdings meist günstig, in Fällen von psychischer Abspannung, Denkunfähigkeit und depressiver Stimmung aber verschlechtern sie oft das Befinden. Ein ausgezeichnetes Mittel bei jeder N. dagegen ist das *Codein.* Autor giebt es in Dosen von 0,01 g 3—5 mal täglich

2—4 Wochen lang, bis die Erregung nachlässt; sobald das Gefühl der Beruhigung eintritt, verringert er die Dosis und setzt allmählich aus. Bei sehr erregten Pat. combinirt er Codein mit Brom, besonders bei Schlaflosigkeit, wozu er bei Sensationen noch etwas Pyramidon setzt:

Rp. Natr. brom. 10,0
Pyramidon. 3,0
Codein. phosphor. 0,3
Aq. dest. 150,0
S. Abends 1—2 Esslöffel.

Diese Mischung hat bei Agrypnie meist genügt, selten nur gab Autor hier *Veronal* in Dosen von 0,3—0,5, die stets wirkten. Nicht selten ist N. mit einer gewissen Anaemie vergesellschaftet. Hier greift man zu Eisen und Arsen. Gern giebt Autor *Sanguinalpillen* mit und ohne Arsen, ferner die Erb'schen Pillen:

Rp. Ferr. lactic. 5,0
Extr. Chin. cp. 3,0
Extr. Strychn. 0,3
F. pill. No. 100
S. 3mal tägl. 2—3 Pillen.

Tinct. Strychni bewährte sich bei Erschlaffungszuständen des Magens und Darms. Bei Anaemie und Unterernährung leisten kleine *Arsen*gaben gute Dienste. Bei herabgekommenen Neurasthenikern sind ferner *Phosphorpräparate* indicirt, denen auch eine spezifische Wirkung auf die Nerven zukommt. Autor giebt solche gern vollblütigen Nervösen, solchen, die an Reizzuständen der Sinnesorgane leiden (Ohrensausen!), und hat oft recht erfreuliche, auch mit Gewichtszunahmen verbundene Besserungen gesehen. Die *Phosphorsäure* ordinirt er wie folgt:

Rp. Acid. phosphoric. 17,0
Natr. phosphoric. 51,0
Aq. dest. 250,0
S. 3—12 Kaffeelöffel
allmählich steigend.

Leider treten bisweilen Magendarmstörungen ein, sodass man mit der Dosis heruntergehen muss. *Protylin* bewirkt solche nicht, ist aber dafür theurer.

(Medicin. Klinik 1907 No. 3.)

— **Ueber einige besondere Symptome bei Neurasthenikern** macht Riegel Mittheilung. Er berichtet über einen 23 Jahre alten Cand. theol., der sich mit Vorbereitung aufs Examen

und gleichzeitigem Privatunterricht überanstrengt hatte. Es entstand ein neurasthenischer Zustand mit hochgradigem Müdigkeitsgefühl und leichter Reizbarkeit, Steigerung der Reflexe, fibrillären Muskelzuckungen, Blepharospasmus, besonders rechts, Paraesthesien in der Nasenspitze und in den Ohrenrändern, Herzklopfen, schweren Träumen, Gedächtnisschwäche und heftigen Kopfschmerzen. Letztere waren localisirt hauptsächlich über beiden Augenbrauen und in beiden Schläfen und verbunden mit brennenden Schmerzen in beiden Augenhöhlen. Schon kurzes Lesen liess sie auftreten, ebenso grelles Licht. Die Augenuntersuchung ergab normalen Spiegelbefund und normale Pupillenreaction. Links Emmetropie S. = 1, rechts hyperopischer Astigmatismus + 4,0 D. cyl., Achse ⊥ = + 1,0 D. sph.. S. = $^4/_{15}$. Bei der Sehprüfung des rechten Auges allein traten schon nach kurzer Fixation rasche, flüchtige, absolute Skotome auf, Anfangs stets nur central, während peripher alles hell blieb. Nach kurzer Zeit vergrösserte sich der centrale Dunkelreflex, sodass Pat. nur noch das linke obere Eck der 4 m entfernten grossen Probetafel, schliesslich auch die ganze Tafel mit ihrer nächsten Umgebung nicht mehr sah. Sie war dann wie mit einem schwarzen Tuch verhangen. Diese Verdunklungen wechselten sehr schnell mit völligem Klarsehen (so gut es eben die herabgesetzte Sehschärfe zuliess), bis nach einiger Zeit die Dunkelheit andauerte; auch sah Pat. manchmal alles gelblich. Die Erscheinung war aber nur auf dem rechten astigmatischen Auge vorhanden; links sah Pat. vollkommen klar und ungestört auch bei langer Fixation. Pat. hatte bisher keine Ahnung von diesem Zustand und war sehr überrascht, mit seinem rechten Auge so schlecht zu sehen. Die Skotome kamen auch, wenn das rechte Auge die corrigirenden Gläser trug, nicht aber wurden sie bemerkt beim Sehen mit beiden Augen. Vortragender fasst diese Erscheinungen nicht als einfache Kopiopie auf, sondern in die Kategorie des Flimmerskotoms gehörig, denn es gibt auch ein Flimmerskotom ohne Flimmern, und sprach noch über die verschiedenen Erscheinungsweisen des Flimmerskotoms und der Migräne; dabei wurde betont, dass Migräne sicherlich nicht ausschliesslich bei astigmatischen Personen vorkomme. Der, übrigens belastete Pat. (eine Schwester des Vaters war ein Jahr lang in einer Irrenanstalt wegen Melancholie) bot noch eine andere interessante Erscheinung. Es war ihm vor sechs Jahren ein Backzahn rechts oben hinten gerissen worden und

danach eine ziemlich erhebliche Atrophie der rechten Wangenmusculatur eingetreten, die heute noch besteht. Trotz angeblich geringer Besserung ist die rechte Wange deutlich abgemagert und eingesunken. Ob es sich hier etwa um eine Hemiatrophia facialis handelt, mag dahingestellt bleiben. Eine Entfärbung oder abnorme Färbung der Haut der atrophischen Gegend ist nicht vorhanden.

(Nürnberger med. Gesellschaft u. Poliklinik 4. Oct. 1906. — Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 6.)

Pertussis. **Zur Keuchhustenbehandlung** schreibt San.-R. Dr. Körner (Trebnitz): „Ein an Keuchhusten leidendes, ca. 7 Jahre altes Kind erkrankte an Diphtherie und Larynxstenose, sodass die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Nach dem Luftröhrenschnitt sistirten sofort die Stickhustenanfälle, und es blieb nur übrig, die noch bestehende Bronchitis zu behandeln, welche unter der bei tracheototomirten Kindern üblichen und nothwendigen Anwendung von Wasserdämpfen zugleich mit den entzündlichen Erscheinungen im Larynx und in der Trachea sich zurückbildete. Dieser eine Fall, welcher mir den Nutzen der Tracheotomie bei Keuchhusten deutlich vor Augen führte, dürfte ein Fingerzeig sein, bei schweren Fällen von P., die durch besonders hochgradigen Spasmus glottidis, Cyanose oder eclamptische Zufälle complicirt sind, durch den Luftröhrenschnitt lebensrettend und coupirend einzugreifen. Zur Verflüssigung der zähen Sekrete musste ebenso wie nach Tracheotomie bei croupöser resp. diphtheritischer Larynxstenose neben Expectorantien permanente Anwendung von Wasserdämpfen stattfinden."

(Therap. Monatshefte, September 1906.)

Rheumatismen. **Monotal, ein neues externes Antiphlogisticum und Analgeticum** empfiehlt Dr. A. Hecht (Beuthen, O.-S.). Das von der Firma Bayer & Co. in Elberfeld hergestellte Präparat, ein Aethylglycolsäureester des Guajacols, eine weisse Kristallmasse, die bei gelindem Erwärmen oder beim Verreiben auf der Haut zu einem farblosen, schwach aromatisch riechenden Oel zerfliesst, reizt die Haut nicht und wird gut resorbirt. Die Dosis beträgt für Erwachsene 4—5 g pro die, 1—2 mal auf Brust oder Rücken einzureiben resp. aufzupinseln, für Kinder (Säuglinge ausgeschlossen) entsprechend weniger. Autor gibt 36 Fälle wieder, bei denen das Präparat zur Anwendung kam. Vor allem zeigte es prompte schmerz-

stillende Wirkung, die bei Neuralgien, Neuritiden und Rh. zum Ausdruck kam, auch in Fällen, wo alle möglichen medikamentösen und physikalischen Heilmethoden versagt hatten. Monotol bewährte sich nicht nur bei acutem, sondern auch bei chron. Gelenkrheumatismus und Muskelrheumatismus, es erwies sich als wirksam in drei Fällen von Erysipel, in drei Fällen von gonorrhoischer Nebenhodenentzündung, bei Pleuritis. Auch die Arthritis deformans, Erythema nodosum, Tendovaginitis, Pericarditis, Parotitis geben Indicationen für die Anwendung des Monotols ab. (Die Heilkunde 1907 No. 1.)

— **Ueber Rheumatismus, Rheumatosen und deren percutane Behandlung mit 20 % Salicylsapen-Krewel** äussert sich Dr. Schalenkamp (Crombach). Die Einreibungen leisteten recht gute Dienste bei rheumatischen Affectionen, Arthritis deformans, Neuralgien. Bei fieberlosen Gelenkrheumatismen genügen dieselben allein zur Heilung, ebenso bei allen chronischen Formen, beim acuten Gelenkrheumatismus kann man, wenn irgend möglich, im Fieberstadium interne Medication anwenden, nebenbei auch schon das Salicylsapen, das die Behandlung wirksam unterstützt.

(Therap. Monatshefte, December 1906.)

— **Die Behandlung chronischer Arthritiden mittels Fibrolysin** empfiehlt Dr. B. Salfeld (Wiesbaden). Bei solchen veralteten Formen von Rheumatismus, Arthritis deformans u. dgl. spritzte Autor intramusculär (Glutäen) je eine Ampulle ein und sah trotz 20 und mehr Injectionen bei den einzelnen Pat. nie unangenehme Nebenwirkungen, wohl aber recht befriedigende Erfolge. Allerdings wurden daneben auch andere Mittel (Massage, Elektrizität, vor allem aber die Wiesbadener Bade- und Trinkcur) ins Treffen geführt, aber diese wirkten ohne gleichzeitige Fibrolysincur nicht so rasch und prompt.

(Therap. Monatshefte, December 1906.)

— **Ueber Rheumatismus nodosus im Kindesalter** lässt sich Dr. M. Horn (Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien) im Anschluss an eine eigene Beobachtung aus und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Rheumatismus nodosus ist eine auf rheumatischer Basis beruhende, fieber- und meist beschwerdefreie Erkrankung der sehnigen Gebilde und des Periostes, bei der es an verschiedenen Körperstellen, zumeist in der

Nähe der Gelenke, bilateral und symmetrisch zur Bildung von fibrösen Knötchen kommt.

2. Der Rheumatismus nodosus ist keine Erkrankung sui generis; tritt niemals primär, sondern stets secundär und nur bei rheumatischen Individuen als ein den anderen Manifestationen rheumatischer Infection coordinirtes Symptom auf, gleichzeitig oder unabhängig von diesen.

3. Er befällt meist Kinder bis zur Pubertät, mit scheinbarer Bevorzugung des weiblichen Geschlechts, deren Constitution durch vorausgegangene rheumatische Erkrankungen geschwächt ist.

4. Der Rheumatismus nodosus ist stets von schweren Herzklappenveränderungen begleitet, die über kurz oder lang zum Exitus führen. Den mit ihm complicirten rheumatischen Erkrankungen muss deshalb eine gewisse Malignität zuerkannt werden.

5. Das Auftreten von Rheumatismus nodosus im Verlaufe von Erkrankungen mit unbekannter Aetiologie muss als pathognomonisches Zeichen für die rheumatische Natur derselben aufgefasst werden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 47.)

Rhinitis. **Die Atropinbehandlung des Schnupfens** hat Dr. O. Kohnstamm (Sanator. Königstein i. Taunus) bei sich selbst als prompt wirkendes Abortivmittel kennen gelernt. Er hat das Atropin zur Niederkämpfung des Prodromalstadiums benutzt, das durch Kratzen im Hals und Schluckschmerz, durch fieberhaftes Allgemeingefühl und Kreuzschmerz gekennzeichnet ist, und es auch bei voll ausgebildeter seröser oder eitriger Secretion mit sofortigem Erfolg angewandt. Die erforderlichen Dosen schwankten zwischen 0,5 und 1,5 Milligramm. Diese Menge wurde in einem Glase Wasser gelöst, das im Laufe einer Stunde langsam ausgetrunken wurde. Nach 1—2 Stunden war die Secretion durchaus versiegt. Wenn die Symptome den nächsten Tag recidivirten, wurde die Maassnahme mit meist endgültigem Erfolge wiederholt. Auch ein Fall von nervöser Rhinorrhoe, der zur Zeit behandelt wird und mit morgendlicher enormer wässriger Secretion einhergeht, wird erfolgreich durch Atropin beeinflusst; auf 0,5 mmg steht die Secretion jedesmal in kürzester Zeit.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1906.)



— Zur **Nasentamponade bei Ozaena** giebt Dr. R. Sondermann (Dieringhausen) eine einfache Methode an, die es den Pat. ermöglicht, diese Tamponade bequem selbst auszuführen. Autor schreibt darüber: „Eine aus Condomgummi gefertigte Hülle*) wird vom Pat. in zusammengepresstem Zustande in die Nasenöffnung geschoben und durch einen mit der Hülle verbundenen Schlauch vom Pat. selbst kräftig aufgeblasen. Sie legt sich der Wand des Naseninnern bei Atrophie der unteren Muschel, die ja meist vorhanden, in seiner ganzen Ausdehnung an und reicht bis in den Nasenrachenraum, wovon man sich durch Rhinoscopia posterior überzeugen kann. Der Schlauch, der leicht von der Hülle getrennt werden kann, trägt einen Absperrhahn, wodurch erstere, einmal aufgeblasen, ihre Form beibehält. Nach 5—10 Minuten öffnet man den Hahn, worauf die Hülle in Folge Entweichens der Luft zusammensinkt und leicht herauszuziehen ist. Sie wird sofort nach Ablösen des Schlauches in ein bereitstehendes Wassergefäss gelegt und kann in diesem bis zum nächsten Gebrauch, nach 12 bis 24 Stunden, verbleiben; es haben sich dann meist sämmtliche dem Gummi anhaftenden Borken abgelöst und zu Boden gesenkt. Sind Theile der Borken in der Nase zurückgeblieben, so sind sie doch gelockert und können leicht ausgeschnäuzt werden. — Die Ansprüche, die bei dieser Methode an die Intelligenz und Bequemlichkeit des Pat. gestellt werden, sind denkbar gering. In den ersten 8 Tagen empfiehlt sich täglich 2malige Anwendung, später dürfte im Allgemeinen 1mal täglich genügen. Dabei darf selbstverständlich die Controlle durch den Arzt von Zeit zu Zeit nicht fehlen.“ (Münchner med. Wochenschrift 1906 No. 49.)

— **Zur Verwendung der Nebennierenpräparate bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes** theilt Dr. K. Theimer (Wien) mit, welche Dienste ihm *Renoformpulver* (Hersteller: Fabrik Dr. Freund u. Dr. Redlich, Berlin NW. 6) als Diagnosticum und Therapeuticum geleistet hat. So lernte er dasselbe als gutes diagnostisches Hülfsmittel bei *adenoiden Wucherungen* schätzen. Lässt man die Kinder etwas davon aufschnupfen oder bläst es mit einem Doppelgebläse durch ein Glasröhrchen ein, so retrahiren sich nach 2—3 Minuten die Muschelschleimhäute, und man kann mit dem Lichte nach hinten dringen

*) Die Nasentampons werden angefertigt von Kühne, Sievers & Neumann, Köln-Nippes.

und leicht die Diagnose stellen, ohne den Finger zu Hilfe nehmen zu müssen, was die Kinder stets kopfscheu macht, und ohne postrhinoskopisch zu untersuchen. Autor hat bei einer grösseren Anzahl von Kindern auf diese Weise die Vegetationen gefunden und sofort leicht die Operation vorgenommen, da die Kinder nicht durch vorhergegangene Manipulationen ungebärdig wurden. Aber auch bei Erwachsenen hat sich Renoform bewährt bei der *Differentialdiagnose zwischen vasomotorischer und hypertrophischer Rh.* Contrahirt sich unter der Einwirkung des Renoforms das Schwellgewebe der Muscheln ad maximum. und findet man dann genügend Raum zwischen Septum und Muschel, so liegt vasomotorische Schwellung vor, bei der man mit Pinselungen, Aetzungen etc. auskommt; ist die Retraction gering und bleiben die Nasengänge verlegt, so liegt hypertrophische Rh. vor, bei der ein operativer Eingriff erfolgen muss. Gute Dienste leistete Renoform ferner beim Aufsuchen von *Empyemen.* Bläst man das Pulver in die Nase und betupft dann nach ca. 3 Minuten die Muschelköpfe und Muschelenden mit einem in das Pulver getauchten Wattestäbchen, so folgt starke Abschwellung, und man kann leicht feststellen, ob Eiter vorhanden ist; bei etwas längerem Zuwarten sieht man den Eiter zuweilen von einer Seite hervorquellen und kann dadurch mit einiger Wahrscheinlichkeit auf den Sitz des Empyems schliessen. Auch therapeutisch kann man bei acutem Empyem etwas ausrichten: die Ausführungsgänge der Nebenhöhlen werden frei, das Secret kann abfliessen. Ausgezeichnet als Heilmittel ist Renoform bei *acuter Rh.* Es verschwindet das lästige Verstopftsein und der lästige Druck in der Stirne, im Laufe der nächsten Stunden tritt vollkommene Freiheit der Luftpassage ein, und der Schnupfen ist häufig innerhalb der nächsten 24 Stunden erloschen. Auch die *Polypenentfernung* geschieht durch Renoform einfacher und gründlicher, indem das Operationsfeld freier wird, die Tumoren leicht zu fassen sind und stärkere Blutungen wegfallen.

(Medicin. Klinik 1907 No. 7.)

Seekrankheit. **Bier'sche Kopfstauung als Mittel gegen S.** empfiehlt Dr. Jul. Simon (Berlin). Derselbe hatte auf früheren Seereisen wiederholt die S. gehabt und nahm sich jetzt bei Antritt einer neuen Reise ein 2 cm breites Gummiband mit, das an einem Ende mit einem Haken, am anderen mit mehreren Oesen versehen war, um so nach Bedarf

lockerer und fester um den Hals gelegt zu werden. Als Autor die Symptome der S. zu verspüren begann, legte er die Binde an, und verspürte schon nach kurzer Zeit grosse Erleichterung; er konnte sogar mit der unter dem Kragen versteckten Binde an der Mahlzeit theilnehmen. Auch als ein 2. Mal die S. drohte, hatte die Stauung Erfolg. Dieselbe erscheint als ganz rationelles Verfahren. Der sonst gewöhnlich gegebene Rath, sich möglichst flach auf den Rücken zu legen, bezweckt doch wohl auch nichts anderes, als eine Hyperaemie des Gehirns und Verhütung starker Circulationsschwankungen in diesem. Ebenso der Rath, heisse Compressen auf die Stirn zu legen. Einfacher und wirksamer ist die Stauungsbinde, die man je nach Bedarf auch Stunden lang liegen lassen kann.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1907.)

— **Bier'sche Stauung bei S.** hat auch Dr. H. Roesen (Bonn) bei sich selbst und zwei anderen Mitreisenden als eine recht nützliche Behandlungsmethode kennen gelernt. Sie schaffte subjectives Wohlbefinden, ohne freilich bei vollem Magen das Erbrechen zu verhüten; bei leerem Magen bewirkte sie absolutes Freisein von Brechreiz. Die Intensität der Stauung ist von Bedeutung und individuell zu erproben, weshalb die Binde vom Arzt angelegt werden sollte.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 7.)

— Eine **elastische Thermokopfkappe und Thermostirnbinde** gegen S. empfiehlt Dr. L. Gross (Liegnitz). Da man als Endursache der S. eine Gehirnanaemie annimmt, lag es nahe, solche stets gebrauchsfertige, dem Kopfe sich anschmiegende Wärmevorrichtungen dagegen ins Feld zu führen. Die Thermokopfkappe ist eine elastische Gummikappe, deren Wandungen Thermophormasse enthalten; sie schmiegt sich prall an den Kopf an und wirkt so gleichzeitig comprimirend. Aus Billigkeitsrücksichten wurde auch eine blosse Stirnbinde*) construirt. Ein nasses Handtuch wird um den Kopf gelegt und dann die heisse Kappe resp. Binde daüber applicirt. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 3.)

Tabes. Zur hydrotherapeutischen Behandlung der T. dorsalis giebt Dr. A. Laqueur die Erfahrungen wieder, die er bei 162 in der Hydrotherap. Anstalt der Universität Berlin poliklinisch behandelten Pat. gemacht hat. Die Therapie

*) Beide hergestellt von den Norddeutsch. Gummiwerken, Berlin, Tempelhofer Ufer.

bestand hauptsächlich in *Halbbädern von mässiger Temperatur*, verbunden mit gelinden Frictionen und Begiessungen. Die Halbbäder wurden mit einer Temperatur von 34—32° C. begonnen und selten niedriger als bis auf 28° C. abgekühlt. Dauer 3—5 Minuten. Durch diese Bäder wurde eine Reihe von Symptomen der T. gebessert, selbst zum Verschwinden gebracht, und zwar nicht nur vorübergehend, sondern auf Monate und manchmal auf Jahre hinaus. Vor allem ist es die Hebung des Allgemeinzustandes, die bei den meisten Pat. sehr bald zu Tage trat; neben Besserung des Appetits und Schlafes und Nachlass des allgemeinen Schwäche- und Ermüdungsgefühls, auch namentlich Besserung der Gehfähigkeit; ferner Besserung resp. Beseitigung vorhandener Blasen- und Mastdarmstörungen, ebenso der lancinirenden Schmerzen und der Paraesthesien. Freilich lassen sich solche Erfolge nur bei Beobachtung besonderer Cautelen erzielen. Insbesondere ist der Pat. dabei sorgfältig vor unangenehmen Kälteempfindungen zu bewahren. Indem man ihn event. vorher kurz anwärmt (am besten in einer trockenen Packung) und ihn nach dem Bade gut zugedeckt ausruhen lässt, sorgt man für gute Reaction und Wiedererwärmung. Ferner ist der Temperaturgrad des Bades in jedem Falle gut auszuprobiren und gleichzeitig mit der Dauer des Bades entsprechend zu modificiren; niemals darf die Ansicht Platz greifen, dass sich der Pat. mit der Zeit schon an von ihm als zu kalt empfundene Temperaturen gewöhnen könnte! Es giebt nun freilich Tabeskranke, die trotz aller Vorsichtsmaassregeln kühle Bäder garnicht vertragen; es sind dies meist schwächliche, anämische, cachektische Individuen. Hier empfehlen sich *Kohlensäurebäder*, mit denen man ebenfalls recht gute Resultate erzielt, vorausgesetzt dass man die Temperaturen nicht zu niedrig nimmt (34 bis höchstens 30° C.) und nicht mehr wie drei Bäder in der Woche giebt. Dauer der Cur, ebenso wie bei den Halbbädern, sechs Wochen bis zwei Monate; nach mehrmonatlichem Aussetzen event. neue Serie. Diese Curen sind auch für die häusliche Praxis zu empfehlen. Auch bei der *multiplen Sclerose* hat Autor sie mit Erfolg angewendet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 44.)

— **Eine Geburt bei vorgeschrittener T.** schildert Dr. P. Zacharias (Universitätsfrauenklinik Erlangen). Es handelt sich um eine Frau, die, nachdem sie schon 9 Jahre tabische Symptome gezeigt hat, sich im atactischen Stadium nahe dem Uebergang zum paralytischen befindet. Es wurde nun vor allem

völlige Schmerzlosigkeit der Wehen und Unthätigkeit der Bauchpresse constatirt bis auf den Schlussact beim Ein- und Durchschneiden des Kopfes (bisweilen wird freilich auch bei ganz gesunden Frauen eine absolut schmerzlose Wehenthätigkeit beobachtet). Ferner war die Kürze der Geburtsdauer auffällig. Die Frage, ob diese Abkürzung dem durch die Schmerzlosigkeit bedingten Nichteintreten reflectorischer Zusammenziehungen der sonst Widerstand leistenden weichen Geburtswege oder dem Fehlen cerebrospinaler hemmender Einflüsse zuzuschreiben ist, will Autor nicht nähertreten. Vielleicht wird die Kürze manchmal auch dadurch vorgetäuscht, dass die Kreissende von dem Beginne der Geburtsthätigkeit garnichts weiss. Ein bemerkenswerthes Factum waren endlich die im obigen Falle in deutliche Erscheinung getretenen Zeichen der drohenden Uterusruptur. Damit wird die Frage berührt, ob der Uterus allein mit seinen Contractionen im Stande ist, die Frucht auszutreiben oder ob er auf die Bundesgenossenschaft der Bauchpresse unbedingt angewiesen ist. Man darf annehmen, dass der Uterus nöthigenfalls allein alle Arbeit leisten kann, wenn es sich um normale Becken handelt resp. wenn kein zu grosses Kind zur Geburt steht. Im obigen Falle betrug die Conj. vera $9^1/_4$ cm, der biparietale Durchmesser des kindlichen Kopfes $9^1/_2$ cm. Dieses geringe Missverhältniss, welches bei einer gehörigen und durch die Bauchpresse unterstützten Wehenthätigkeit wohl kaum eine Rolle spielen dürfte, führte hier zur Ueberdehnung des unteren Uterinsegmentes, weil die Kraft der Uteruscontractionen allein nicht ausreichte, um den Kopf durch den Beckeneingang zu treiben und weil auch die Wand des Uterus an den schlaffen Bauchdecken kein Widerlager fand. Auf die Geschlechtsfunctionen der Frau hatte die T. in obigem Falle nicht ungünstig eingewirkt, abgesehen von der seit 4 Jahren erloschenen Libido und Voluptas sexualis. Jedenfalls hat die Frau stets regelmässig und ohne Besonderheiten menstruirt, sogar zweimal in der 9jährigen Krankheit concipirt und ohne eingreifendere Kunsthülfe 2 lebende und gesunde Kinder geboren. Auch die Schwangerschaft und das Wochenbett wurden in ihrem Verlaufe nicht ungünstig durch die T. beeinflusst; diese indicirt also nicht die Einleitung der künstlichen Frühgeburt resp. die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 7.)

Tuberculose. **Scrophulose oder T. oder eine sonstige Erkrankung des lymphatischen Systems?** In einer so betitelten Arbeit bringt Privat-Doc. Dr. E. Abderhalden (Berlin) den sehr interessanten Stammbaum einer Familie, in welcher T. bis jetzt noch in keiner Generation beobachtet worden ist, in der jedoch einzelne Glieder verschiedener Generationen an sogen. scrophulösen Drüsen litten, die aber nur bei Nachkommen der weiblichen Linie auftraten, während diejenigen männlicher Linie keinen einzigen Fall aufweisen. Autor schreibt dann weiter über diese Familie; „In allen Fällen handelt es sich um ein schubweises Auftreten der Drüsen und zwar speciell im Frühjahr. Während im Fall 1, 3 und 4 die Drüsen die einzige Manifestation der Scrophulose resp. T. bildeten, erkrankte 2 zuerst im Alter von 13 Jahren an Pleuritis mit nachfolgender Peritonitis mit ausgesprochener Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Ein Jahr nach dem Ablauf dieser Erkrankung trat auf der linken Halsseite ganz reactionslos eine etwa taubeneigrosse Schwellung auf. Die steinharte Drüse machte keine weiteren Symptome und wurde erst beim Versuch, sie durch Ausschneiden zu beseitigen, inficirt und eiterte nun etwa neun Monate lang. Im 21. Lebensjahre trat an der gleichen Stelle vollständig reactionslos im Frühjahr eine zweite Drüse auf. Sie erreichte etwa die Grösse eines Taubeneies und verschwand ohne jede Therapie nach zwei Monaten ganz spurlos. Endlich trat im 25. Lebensjahre wiederum im Frühjahr eine Schwellung an der gleichen Halsseite auf. Als Ursache kommt vielleicht eine ca. 14 Tage vor der Beobachtung der Schwellung vorhandene Angina in Betracht. Die Schwellung war wiederum „plötzlich" da. Sie machte keine Beschwerden und war nicht druckempfindlich. Nach etwa 14 Tagen machte sich in der rechten Achselhöhle ein ganzer Kranz von etwa bohnengrossen Drüsen bemerkbar. Sie bewirkten an und für sich keine Symptome und kamen erst durch die durch sie indirect (Druck) hervorgerufenen Neuralgien zur Beobachtung. Sowohl die Drüse am Halse, als die zahlreichen Drüschen in der Achselhöhle verschwanden nach drei Monaten ohne jede Therapie vollständig, und seitdem sind keine Schwellungen mehr beobachtet worden. Hervorheben wollen wir noch, dass alle erkrankten Glieder der Familie sich meist einer hervorragend guten Gesundheit erfreuen und auch nicht im Entferntesten einen „phthisischen" Eindruck erwecken. Es sind auch nie Symptome von Seiten der Lunge nach-

weisbar gewesen. Eine besondere Gelegenheit zur Infection mit Tuberkelbacillen lag auch nicht vor. Beachtenswerth ist auch, dass die genannten Glieder dieser Familie zum Theil örtlich vollständig getrennt erkrankten, und dass die Ausbildung der Drüsen etwa mit dem zwölften Jahre einsetzte und mit dem 20. bis 25. Jahre zum Abschluss kam. — Hat man es hier nun mit einem besonderen Krankheitsbild zu thun? Thatsächlich giebt es noch weitere Familien, die ganz genau dasselbe Bild aufweisen. Es fehlen die Manifestationen der T. im gewöhnlichen Sinne, auch der bekannte scrophulöse Habitus ist nicht vorhanden, einzig und allein „Drüsen" resp. deren Narben weisen bei sonst blühendem Aussehen auf eine frühere Erkrankung des genannten Systems hin. Stellen diese Fälle vielleicht eine erfolgreiche Abwehr der unter Umständen durch die Rachenmandeln eingedrungenen Tuberkelbacillen dar? Geben sie uns vielleicht einen Hinweis auf einen ganz gewöhnlichen Infectionsmodus?"

(Medicin. Klinik 1906 No. 51.)

— **Bemerkungen über die Frühdiagnose der Lungenschwindsucht** macht Prof. Dr. H. Hochhaus (Köln); er greift aus dem Gebiete der physikalischen Diagnostik einige Erscheinungen heraus, über deren Bedeutung er durch eigene Erfahrungen zu anderer Ansicht gekommen ist, als sie bis jetzt noch vielfach gültig ist. Wenn bei Erwachsenen das Exspirationsgeräusch stark verlängert und besonders beschränkt auf einem umschriebenen Bezirk dauernd vernehmbar ist, dann gilt es stets als pathologisch. Für die grosse Mehrzahl der Fälle ist das auch richtig, aber nicht für alle. So beobachtete Autor einen Fall schwerer Anaemie bei einem 26jährigen Manne. Derselbe begann zu husten. Ueber der rechten Lungenspitze deutliche Schallabschwächung vorn bis zur dritten Rippe, hinten bis zur Spina scapulae; Athmen daselbst vesiculär mit stark verlängertem, hauchendem Exspirium. Leichtes Fieber. Diese Erscheinungen hielten sich neun Wochen unverändert, dann starb der Pat. an Herzschwäche, und bei der Obduction fanden sich weder an der Lunge noch sonstwo tuberculöse Erscheinungen, die Lunge war ganz intact! Dass der Percussionsschall über einer ganz gesunden Lungenspitze zuweilen einmal gedämpft ist, hat schon Kernig hervorgehoben und mit dem verminderten Luftgehalt der Lungen erklärt in Folge langer Bettruhe und Muskelschwäche. Ob das für obigen Fall zutrifft, erscheint fraglich, da

der Pat. Anfangs gar nicht sehr marastisch war. Die Verlängerung des Exspiriums und der hauchende Charakter desselben waren so ausgesprochen, dass die Diagnose einer Lungenspitzenveränderung gestellt werden konnte. Autor hat auch bei einigen anderen Fällen dasselbe gefunden: Exspirium auf der rechten Spitze stark verlängert, bei der Obduction völlig normaler Befund an der Lunge und ebenso an den Nachbarorganen. Daraus geht hervor, dass ein auffallend langes Exspirationsgeräusch über einer Spitze auch bei ganz gesunder Lunge bestehen kann. Ein zweiter Punkt betrifft die Bewerthung des kleinblasigen Rasselns über der Spitze. Diesem Zeichen kommt für die Diagnose eines Katarrhs grosse Bedeutung zu; man darf aber dabei nicht zu weit gehen, da Rasseln über einer Spitze zuweilen unter Umständen gehört wird, welche die Diagnose eines Katarrhs nicht zulassen. Autor erinnert an die so häufig gerade über dem hinteren Theile der Spitze hörbaren Muskelgeräusche, ferner an die „Randgeräusche“, die zwar am meisten an den unteren Lungenrändern, nicht selten aber auch an der Spitze hörbar sind, endlich an den Umstand, dass feinblasiges Rasseln auch in der Rachenhöhle entstehen und dann über einer Spitze, besonders über der rechten, deutlich auscultirt werden kann. Dies Rasseln, das sich namentlich bei starkem Rachenkatarrh findet, entsteht in der Regel dann, wenn der Pat. aufgefordert wird zu husten, und man kann da leicht an Spitzenkatarrh denken. Man ist ferner geneigt, dort, wo über der Spitze neben hauchendem oder bronchialem Athmen noch Rasselgeräusche, besonders in reichlicherer Anzahl und verschiedener Grösse zu constatiren sind, einen floriden Process anzunehmen; aber auch dies stimmt nicht für alle Fälle. Es können Rasselgeräusche der verschiedensten Beschaffenheit auch über Spitzen mit ganz abgeheilter T. hörbar sein, nämlich dann, wenn die narbigen Schrumpfungsprocesse daselbst zu Bronchiectasien, die mit Schleim gefüllt sind, geführt haben. Auch darüber verfügt Autor über einen Obductionsbefund. Was die Percussion anbelangt, so empfiehlt Autor warm die Methode der Spitzenpercussion nach Krönig. Das Wesentlichste der Methode besteht darin, dass sie nicht bloss die medianen, sondern auch die lateralen Spitzenränder genau darstellt und besonders auch den Theil der Spitze, welcher vordere und hintere Fläche verbindet. Gerade die Schallzone über diesem letzteren Theil der Spitze ist für die Beurtheilung sehr werthvoll, da er in seiner Breite schon

in den Initialfällen sehr deutliche Veränderungen zeigt. Krönig percutirt sehr leise, und auch Autor kann dies empfehlen; allerdings wechselt er vielfach mit der Stärke des Anschlags und hat manchmal Differenzen constatirt, die bei leiser Percussion nicht hervortraten. Wichtig ist bei jeder Percussion die völlige Ruhe in der Umgebung; erst sie lässt manchmal Schalldifferenzen hervortreten. Zum Schluss hebt Autor hervor, wie ausserordentlich wechselvoll das Auftreten sämmtlicher Initialerscheinungen über der Spitze ist. Manchmal hört man Tage lang über einer suspecten Spitze ganz normales Athmungsgeräusch, plötzlich aber pathologisches Athmen und Nebengeräusche. Daher soll man nie nach einer einmaligen Untersuchung ein Urtheil abgeben, sondern stets erst nach längerer Beobachtung. (Medicin. Woche 1906 Nr. 50.)

— **Die Schweigetherapie bei der Kehlkopftuberculose** hat San.-R. Dr. Lublinski (Berlin) schon seit 20 Jahren empfohlen und thut es jetzt noch einmal. „Absolutes Schweigen womöglich Monate hindurch ist ein nicht zu umgehendes Postulat, das aber sehr gute Resultate liefert.“ Neben diesem „absoluten Schweigen“ kommt noch die „Disciplinirung des Hustens“ in Betracht. Localtherapeutisch legte Autor in den letzten Jahren den Hauptwerth auf die Anwendung der Anaesthetica; Codein. phosph. (0,6—1,0 : 10,0 Sacch. alb.), Orthoform, Anaesthesin sind die Mittel. deren er sich bedient. Leider besitzt nur eine Minorität von Pat. die nöthige Energie zur Schweigecur. Dieselbe ist auch nur bei innerer Kehlkopftuberculose indicirt, und auch da nur, wo nicht tiefgreifende Geschwüre vorhanden sind. Alle Fälle von äusserer T. des Kehlkopfes, d. h. solche, bei denen die Umwandung des Kehlkopfes, Aryknorpel und Falten, sowie der Kehldeckel erkrankt sind, werden von der Schweigetherapie kaum beeinflusst; nur die Ankylose des Cricoarytaenoidalgelenkes, welche einer Entzündung um das Gelenk herum ihren Ursprung verdankt, ist durch sie einer Rückbildung fähig.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 52.)

Typhus. **Eine Umfrage über die Bäderbehandlung und die medicamentöse Behandlung des Unterleibstyphus** wurde bei maassgebenden Klinikern vorgenommen, indem um Beantwortung folgender Fragen gebeten wurde:

1. In welcher Weise wird nach Ihrer Meinung die Bäderbehandlung des T. am besten geleitet?

2. Welche Anzeigen und welche Erfolge schreiben Sie der medicamentösen Behandlung des Unterleibstyphus zu?

Es antwortete

Prof. Dr. M. Matthes (Chefarzt der inneren Abtheilung des Städtischen Krankenhauses Köln). Zur Frage 1: Die Bäderbehandlung des Typhus hat neben der temperaturherabsetzenden Wirkung das Ziel, die Circulation zu verbessern, die Bronchitis günstig zu beeinflussen, beziehungsweise der Entwicklung einer Bronchopneumonie vorzubeugen, endlich den Sopor der Kranken nach Möglichkeit zu beheben. Günstigen Einfluss übt sie ferner dadurch, dass die weniger soporösen Kranken leichter Nahrung zu sich nehmen und endlich weil durch die Bäderbehandlung eine gute Hautpflege gewährleistet und der Entwicklung eines Decubitus am besten vorgebeugt wird. Nachtheile und auch Gefahren hat die Bäderbehandlung insofern, als die Kranken häufig in ihrer Ruhe gestört werden, ferner können sie sich oft nur schwer wieder erwärmen und liegen längere Zeit vor Frost klappernd. Es stellt weiter das Bad, auch wenn die Kranken in die Wanne und herausgehoben werden, immerhin eine körperliche Anstrengung für sie dar. Dazu kommt noch, dass namentlich, wenn die secundäre Hautröthung — die Reaction — und damit die Wiedererwärmung der Peripherie verzögert wird oder gar nicht eintritt, die Bäder nicht nur die Circulation nicht günstig beeinflussen, sondern direct eine Erschwerung derselben bedeuten. Es können die Bäder unter solchen Umständen direct einen Collaps zur Folge haben. Diese günstigen und ungünstigen Wirkungen haben alle bisher gebräuchlichen kühlen und kalten Badeformen. Das langsam abgekühlte, sogenannte Ziemssen'sche Bad hat zwar die geringste Shokwirkung, dafür frieren aber die Kranken in ihm am meisten. Das Halbbad mit Frottirung erzielt leichter eine gute Reaction, dafür ist aber seine anfängliche Shokwirkung stärker. Die von Quincke empfohlene Abkühlung mittelst kalter Wasserkissen vermeidet zwar die körperliche Anstrengung der Kranken, hat aber bei weitem nicht die gleichen günstigen Wirkungen, wie das Bad, wenn man auch die Temperatur damit genügend herunterdrücken kann. Die von Krönig angegebene Bettbadewanne hat den gleichen Vortheil wie das Quincke'sche Verfahren, aber den Nachtheil, dass jeder Kranke eine Wanne für sich braucht, dass sie auch, da man sie ja dauernd im Bett des Kranken lässt, nur schwer

genügend gereinigt werden kann. Ausserdem sind diese aus Gummituch zusammensetzbaren Wannen naturgemäss nicht sehr haltbar, sie haben sich meines Wissens auch nicht allgemeiner eingeführt.

Ich habe, um die Nachtheile des kühlen Bades nach Möglichkeit zu vermeiden, seit mehreren Jahren die Typhuskranken und überhaupt fiebernde Kranke, bei denen eine Badebehandlung angezeigt war, mit kohlensauren Bädern behandelt und ich kann aus reicher Erfahrung diese Modification der Badebehandlung nicht dringend genug empfehlen. Die Kranken frieren in diesen Bädern nicht. Die Haut röthet sich noch leichter als in Halbbädern, und die Bäder werden ausserordentlich gern von den Kranken genommen. Dabei ist die temperaturherabsetzende Wirkung eine ausgesprochene und ebenso die eingangs geschilderten sonstigen günstigen Folgen der Bäder. Vor Allem aber ist die Collapsgefahr meiner Erfahrung nach viel geringer als bei einfachen Wasserbädern; ich beobachtete auch an Typhuskranken bei richtiger Wahl der Temperatur und Dauer des Bades regelmässig Blutdrucksteigerungen nach einem solchen Bade. Ich stehe demnach nicht an, die kohlensauren Bäder bei fieberhaften Krankheiten für jeder anderen Badeform weit überlegen zu erklären. Es genügt meist, diese Bäder in halber Stärke zu geben, das heisst 500 g Natron bicarb. und etwa 400 ccm Salzsäure auf das Bad oder die halbe Portion der käuflichen, kohlensauren Bäder, zum Beispiel der von Kopp und Joseph oder der Formikabäder. Die Temperatur sei für gewöhnlich 30° C. Wenigstens beginne ich nicht mit niedrigeren Temperaturen und nehme die Bäder nur dann kälter, wenn sie kälter dem Kranken angenehm bleiben. Die Dauer des Bades ist auf 10—15 Minuten anzurathen. Da die Kranken die Bäder überaus gern nehmen, baden wir jeden Typhuskranken, also auch die leichten Fälle, wenigstens einmal täglich; schwere Fälle habe ich gewöhnlich dreimal baden lassen; darüber hinaus die Zahl der Bäder zu häufen, halte ich nicht für zweckmässig. Als Tageszeit, zu welcher die Bäder gegeben werden, wählt man am besten die Zeit der normal sinkenden Temperatur, also spät Abends, in schweren Fällen lasse ich um 6 und um 10 Uhr Abends und eventuell einmal in den Morgenstunden baden. Die Contraindicationen für eine Badebehandlung sind die bekannten: Alle Complicationen, die absolute Ruhelage erheischen, also Darmblutungen, frische Thrombosen, grössere pleuritische Exsudate etc. Dagegen vertragen Kranke mit

Collapsneigung die kohlensauren Bäder oft überraschend gut, ja man hat den Eindruck, als ob die Circulation solcher Kranken eher durch die Bäder gebessert würde; ebenso ertragen Leute in höherem Alter die Bäder gewöhnlich ganz gut, was ich namentlich der Curschmann'schen Warnung vor gewöhnlichen kalten Bädern bei derartigen Patienten gegenüber hervorheben möchte. Als Badewanne namentlich für die Hauspraxis möchte ich eine von Moosdorf und Hochhäusler, Berlin, in den Handel gebrachte Wanne empfehlen. Sie steht auf einem Holzgestell und hat eine Vorrichtung, um das Kopfende tiefer als das Fussende zu stellen. Dieselbe ist sehr leicht, sodass sie eine Pflegerin tragen kann, sie gestattet ein sehr bequemes Hantiren mit dem Kranken, weil man sich nicht so tief zu bücken braucht, sie benöthigt endlich nur 100 l Wasser zu einem Bade. Zur Frage 2: Kalomel in einer einmaligen Dosis von 0,5 g gebe ich in den Anfangsstadien aus dem Grunde noch, weil ich erstens nie einen Schaden davon gesehen habe und weil unstreitig manche Fälle von fieberhaften Erkrankungen, die zunächst wie ein Typhus aussehen, dadurch rasch coupirt werden. Bei bakteriologisch sicher gestelltem Typhus habe ich dagegen von der Kalomelmedication abortive Erfolge nicht gesehen. Antinervina verordnen wir höchstens bei Klagen über starke Kopfschmerzen ausnahmsweise. Antipyretica, also die gleichen Mittel, aber mit der Indication die Temperatur zu beeinflussen, gebe ich nicht, insbesondere habe ich mich nicht von einem Vorzug der Pyramidonbehandlung gegenüber der Bäderbehandlung überzeugen können.

Geh.-Rath Prof. Dr. Stintzing (Director der medicinischen Klinik der Universität Jena). 1. Die Anwendung der Bäder ist meines Erachtens noch immer die wirksamste und — richtig ausgeführt — niemals schädliche Behandlungsmethode bei Typhus. Ich bevorzuge die von v. Ziemssen empfohlenen lauwarmen Bäder (30 bis 27° C.), die während des Badens durch Zugiessen von kaltem Wasser am Fussende allmählich bis zu 5° abgekühlt werden. Wichtig ist es, das Badewasser in Bewegung zu halten und den Kranken damit zu bespülen. In der Regel wird bei einer Temperatur jenseits 39,5° C. gebadet, häufiger und kühler in der ersten und zweiten, seltener und wärmer in späteren Wochen, bei Herzschwäche, Darmblutung etc. selbstverständlich gar nicht. Die Dauer des Einzelbades hängt von der Reaction des Kranken, sowie von der Intensität und dem Stadium der Krankheit ab;

sie soll mindestens zehn Minuten, womöglich mehr, bis zu 30 Minuten betragen. Voraussetzung für die günstige Wirkung der Hydrotherapie bei Typhus ist ein gut geschultes, zuverlässiges Pflegepersonal oder eine genaue Unterweisung dieses durch den Arzt. 2. Von Arzneimitteln wende ich nach altem Herkommen in den ersten Tagen Kalomel in grösseren Dosen (0,3—0,5) an, um den Darm zu reinigen und, soweit wie möglich, auch von den Krankheitskeimen zu befreien. Von der Anwendung der Antipyretica bin ich mehr und mehr abgekommen. Ich verordne sie nur dann, wenn die Bäderbehandlung aus irgend welchen Gründen nicht durchgeführt werden kann, oder zur Linderung besonderer Beschwerden, wie heftiger Kopf- und Gliederschmerzen. In diesen Ausnahmefällen bevorzuge ich Antipyrin, neuerdings Pyramidon. (Medicin. Klinik 1907 No. 7.)

(Fortsetzung folgt.)

Vermischtes.

— **Zur Behandlung der Nasenröthe mittels des galvanischen Stromes** giebt Dr. J. Kapp (Berlin) seine Erfahrungen zum Besten. „Eine wirklich brauchbare Methode dagegen für alle Fälle leichter, gleichmässiger Nasenröthung ohne einzeln makroskopisch sichtbare Blutgefässe ist fraglos die Galvanisirung der Nase. Sie hat neben fast absoluter Wirksamkeit die Vorzüge, dass sie leicht ausführbar und nahezu schmerzlos ist und dabei keinerlei vorübergehende Entstellung zeitigt, wie sie durch die Schorfbildung nach Skarification, Mikrobrenner oder weissglühender Nadel nur allzu leicht, zum grossen Leidwesen der Patienten, hervorgerufen wird.“ Die galvanische Behandlung der Nasenröthe wurde zuerst beschrieben. Autor bedient sich zur Ausführung der Nasengalvanisation einer Tauchbatterie mit 24 Chromsäure-Elementen, Galvanometer, Stromwender und Graphitrheostat, setzt die beiden Elektroden auf die Nasenwände auf, den Strom lässt er mittels des Graphitrheostaten einschleichen, bis eine Stromstärke von 2, 3, auch 4 Milli-Ampères erreicht ist. Stärkere Verätzungen der Epidermis hat er bei 4 Milli-Ampères nie beobachtet,



wohl aber eine mitunter recht lebhafte Abschilferung der obersten Epidermiszellschichten. Er führt die Elektroden nicht über die gerötheten Stellen hin, sondern legt sie einfach unter Anwendung eines sanften Druckes an die Seitenwände der Nase. Nach ca. 5 Minuten schaltet er den Strom für etwa ½ Minute aus, wendet ihn, sodass nun die Kathode auf die andere Nasenseite zu liegen kommt, und schickt den Strom für weitere 5 Minuten in umgekehrter Richtung wie zuerst, durch die Nase. Als Elektroden können die gewöhnlichen pilzförmigen Elektroden Verwendung finden, deren Platten vor Gebrauch tüchtig in Kochsalzlösung anzufeuchten sind. Das ruhige Halten derselben während der 10 Minuten dauernden Sitzung ist jedoch recht ermüdend, und ausserdem ist die Bedienung des Rheostaten hierbei ohne Assistenz sehr erschwert. Deshalb liess Autor sich durch die Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen eine auf gekreuzter, isolirter Gabel sitzende Doppelelektrode anfertigen, welche mit einer Hand bedient wird und so den Vorgang wesentlich vereinfacht. An den am hinteren Ende federnd verbundenen, isolirten Handgriffen befinden sich zwei Schraubkontakte zur Aufnahme der beiden Schnüre. Die Griffe kreuzen sich oberhalb der Mitte und tragen an ihrem oberen Ende je eine der Nasenform entsprechende Platte aus Britanniametall, die mit Stoff überzogen sind. Bei Druck auf die Handgriffe entfernen sich die beiden Platten, die man nun bequem über die Nase schieben kann, von einander. Lässt man die Griffe los, so nähern sich die Platten wieder einander, comprimiren leicht die Nasenwände und haften, da das ganze Instrumentchen sehr leicht ist, ohne abzugleiten an den Seitenwänden der Nase. Oft ist die Nasenröthe nur auf die Nasenspitze beschränkt, sodass eine Galvanisirung der oberen Nasentheile sich erübrigt. In diesem Falle schiebt man das Instrument, dessen Platten gross genug sind, dass auch ihre oberen Theile allein noch die untere Nasenwandbreite ganz decken, einfach nach unten und lässt seine unteren Ränder etwas überstehen. Autor hat mit der vorstehend beschriebenen Doppelelektrode bis jetzt 37 Fälle von diffuser Nasenröthe — ohne einzeln sichtbare Blutgefässe — behandelt und nur in zwei Fällen einen Misserfolg gehabt. 24 Fälle wurden völlig geheilt, 11 ganz bedeutend gebessert. Die Heilung trat meist nach 18—20 Sitzungen auf; letztere wurden immer erst wiederholt, wenn alle Reizwirkungen — erhöhte Röthung, Empfindlichkeit, Epithelabschilferung — völlig abgeklungen waren.

Dies war der Fall meist schon am dritten, spätestens, jedoch nur sehr selten, am sechsten Tage nach der vorhergegangenen Sitzung. In einigen Fällen erhöhte sich im Verlauf der Behandlung die Reizbarkeit, sodass die Intervalle zwischen je zwei Sitzungen um 2—3 Tage verlängert werden mussten. In den meisten Fällen aber blieb die Reaction dieselbe oder liess sogar, parallel der fortschreitenden Heilung, etwas nach.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 37.)

— Seine Erfahrungen **über das Jodpräparat Sajodin,** das er in ca. 50 Fällen anwandte (Lues, Arteriosklerose, Asthma, Bronchitis, Bleiintoxicationen etc.) theilt Dr. Fr. Junker (medic. Univers.-Poliklinik Heidelberg) mit. Diese Versuche fielen recht günstig aus. Sajodin zeigte prompte Wirkung (in Dosen von 1,5—3,0 pro die), wurde stets gern genommen und gut vertragen, und brachte nur selten Erscheinungen von Jodismus leichteren Grades hervor bei Pat., welche meist andere Jodpräparate gar nicht nehmen konnten wegen der sich darauf einstellenden heftigeren Nebenerscheinungen. Autor empfiehlt daher Sajodin warm.

(Münchener med. Wochenschr. 1906 No. 35.)

— **Ein einfacher therapeutischer Kunstgriff zur Bekämpfung der Appetitlosigkeit** wird von Dr. W. Sternberg empfohlen. Er besteht in *künstlicher Erregung des Durstes durch Austrocknung der Mundhöhle.* Letztere erfolgt ausserordentlich rasch, schon wenn man die Nasenathmung aufgiebt. Schliesst man dieselbe künstlich, z. B. durch Einlegen von Wattetampons in die Nasenöffnungen, aus, so stellt sich sehr bald das Bedürfnis nach Aufnahme von Flüssigkeiten ein. Auf diese Weise hat Autor seit längerer Zeit bei Pat., deren Appetitlosigkeit allen therapeutischen Maassnahmen Trotz bot, leicht und schnell das Bedürfniss nach Aufnahme von Flüssigkeiten gesteigert, und indem er die Nährflüssigkeiten recht kalt darreichen liess, konnte er grosse Mengen von Nährmaterial zur Aufnahme bringen, Milch, saure Milch, Schlagsahne, Bier, Wein mit Ei, Kaffee und Thee mit Eiweiss, Eigelb etc.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 37.)

— **Ueber die Schmerzreaction der Pupillen als ein differentialdiagnostisches Zeichen zwischen organischer und psychogener Druckschmerzhaftigkeit** macht Dr. M. Löwy (Marienbad) folgende vorläufige Mittheilung: An

einer längeren Untersuchungsreihe konnte ich feststellen, dass bei erheblicher Druckschmerzhaftigkeit an organisch kranken Körpertheilen die — durch Blick an einer starken Lichtquelle (elektrischen Lampe) vorbei, oder durch Blick in einen hell beleuchteten Spiegel — stark verengten Pupillen sich deutlich, gelegentlich ausserordentlich, erweitern (etwa proportional dem Grade der Druckschmerzhaftigkeit); dass aber an Stellen auch stärkster Druckschmerzhaftigkeit functioneller Natur, Ovariegegend etc., kurz gesagt an psychogenen Druckstellen, diese Erweiterung der stark verengten Pupillen ausbleibt. Zur Controlle stellte ich gelegentlich fest, dass eine deutliche Pupillenerweiterung eintritt bei starkem Druck auf die Hoden des Normalen, dass sie ausbleibt bei jenen Tabikern, denen die Druckschmerzhaftigkeit der Hoden fehlt. Ich möchte hierdurch vorläufig festlegen, was künftig in einer breiteren Darstellung zu belegen sein wird: „Die durch grelle Beleuchtung stark verengten Pupillen werden deutlich weiter bei erheblich schmerzhaftem Druck auf organisch kranke Theile, diese Erweiterung bleibt aus bei psychogener Druckschmerzhaftigkeit. Dieses Unterscheidungsmerkmal kann ein wichtiger Behelf werden, um sich gegen die Vortäuschung organischer Krankheitsbilder — man denke nur an die Appendicitis — durch die Hysterie zu schützen, und um bei der traumatischen Neurose zu entscheiden, ob die Druckschmerzhaftigkeit an Verletzungsstellen noch der Verletzung zuzuschreiben oder psychogen ist.

(Neurolog. Centralbl. 1906 No. 20.)

— **Ueber Unguent. sulfurat. mite (Theyolyp)** berichtet Dr. R. Ramshorn (Medic. Universitäts-Poliklinik Leipzig). Das Präparat, von der Firma Conrad Edel in Halle in den Handel gebracht, bewährte sich beim chron. *Ekzem*, besonders den pustulösen und impetiginösen Formen, und überhaupt bei den Affectionen, bei denen Schwefel- und Theerpräparate am Platze sind. Es leistete gute Dienste bei *Prurigo*, *Pityriasis versicolor*, *Trichophytie*, *Scabies*, *Acne rosacea* und *vulgaris*, bei *Psoriasis* (mit Zusatz von 1% Pyrogallol und ½% Chrysarobin); für die Behandlung am behaarten Kopf *(Seborrhoe)* wird ein mit Oel verdünntes Präparat in Tuben abgegeben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 37.)

— **Ueber die therapeutische Wirkung des Kamillols** (*Extract. fluid. Chamomillae*) lässt sich Dr. M. Banholzer (München) aus. Das Extract erwies sich vor Allem als sehr gutes

schmerz- und krampfstillendes Mittel, das sich z. B. bei den Leibkrämpfen in Folge Verdauungsbeschwerden, bei leichteren Fällen von Gallen- und Nierensteinkoliken vortrefflich bewährte. Am auffallendsten war die Wirkung bei Menstruationsanomalien: Dysmenorrhoe, Menorrhagie und Amenorrhoe. Die Schmerzen verschwanden nach zwei- bis dreimaligem Gebrauch von Kamillol (30 Tropfen in ¼ Liter heissen Wassers) mit fast absoluter Sicherheit, ebenso die mit den Menses verbundene Unruhe, Beklemmung, Missstimmung etc. In Fällen von zu reichlichem oder zu lang dauerndem Blutverlust erreichte Autor ein Sistiren der Blutung schon am dritten oder vierten Tag. Andererseits trat bei Amenorrhoe besonders jüngerer Individuen die menstruale Blutung ein, und zwar unter Aufhören der Beschwerden. Diese direct entgegengesetzte Wirkung lässt sich wohl so erklären, dass durch Kamillol die Blutzufuhr zu den Unterleibsorganen regulirt wird. Auch als Gurgel- und Mundwasser ist Kamillol gut zu gebrauchen. (Die ärztliche Praxis 1906 No. 18.)

— Die **Gesichtsschutzmaske nach Angabe des Zahnarztes O. Eichentopf** empfiehlt Zahnarzt Breitung (Eisenach). Die Maske besteht aus durchsichtigem dünnen Celluloid, bedeckt Mund und Nase und ist derartig dem Gesicht angeformt, dass weder Sprechen noch Athmen beeinflusst werden. Die Luftzufuhr geschieht durch zwei seitwärts verlaufende Ausbuchtungen, die nach Anlegen einen weiten Canal bilden. Durch kalte, leicht desinficirende Lösungen kann man die Maske reinigen. Letztere dient dazu, Aerzten, Zahnärzten etc. einen Schutz vor Infection und Erkrankung des Mundes, der Nase, des Halses zu gewähren; sie soll Arzt und Pat. beim Untersuchen und Behandeln vor gegenseitiger Belästigung durch den Athem schützen und der Infectionsgefahr vorbeugen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 40.)

— **Eine Bemerkung über die Ausschaltung des Magens vom directen Einflusse der Arzneimittel durch Anwendung von Sebum ovile** macht Prof. W. Jaworski (Krakau). Er empfiehlt als Pillenmasse den Hammeltalg, der bei 45—50° schmilzt; diese Pillen schwimmen auf der Oberfläche des flüssigen Mageninhaltes, werden deshalb rasch in den Darm befördert, ohne sich im Magen zu lösen, und werden im Darm resorbirt. Dies hat Autor durch Magenaushebungen, Stuhluntersuchungen etc. als Thatsachen

eruirt. Von den Arzneimitteln, welche man wegen ungünstiger Beeinflussung des Magens in Talgpillen verordnen sollte, sind vor Allem zu nennen Arsen-, Quecksilber-, Jod-, Aluminiumpräparate, Acid. benzoic., Acid. salicyl., Acid. tannic., Kreosot, Guajacol, Balsam. copaiv., ferner solche Mittel, die erst im Magen ihre Wirkung entfalten sollen (Arg. nitr., Plumb. acet., Tannin, alle Darmantiseptica). Auf den Recepten muss man den Schmelzpunkt des Talgs genau angeben (45⁰). In einer Pille darf nicht mehr als 0,1 Sebum ovile und von der verordneten Substanz höchstens ebensoviel vorhanden sein; für die Pillen, welche geringere Quantitäten wirksamer Substanz (z. B. 0,01) enthalten, muss ein Ersatz von einigen Centigramm indifferenten Pulvers zugesetzt werden. Auch darf man nicht vergessen, anzugeben, dass die Pillen mit Lycopod. oder Magnes. usta zu bestreuen sind (sonst verkleben sie). Muster solcher Recepte wären also:

Rp. Acid. arsenic. 0,1
Seb. ovil. p. liquef. 45^0 C. 10,0
Pulv. Liq. q. s.
F. pill. No. 100
Consp. c. pulv. Lycop.

Rp. Natr. jodat.
Seb. ovil. p. liquef. 45^0 C. $\bar{aa}$ 10,0
M. f. pill. No. 100
Consp. c. Magnes. ust.

Rp. Podophyllin. 0,2
Seb. ovil. p. liquef. 45^0 C. 1,0
Magn. ust. q. s.
Div. in part. X. F. pill.
Consp. c. Magn. ust.

Rp. Acid. salicyl.
Seb. ovil. p. liquef. 45^0 C. $\bar{aa}$ 10,0
M. f. pill. No. 100
Consp. c. pulv. Lycop.

(Therap. Monatshefte, November 1906.)

— **Gegen nervöses Aufstossen** empfiehlt Dr. R. Adler (Prag) die 1901 von Bouveret angegebene, später von Leube ebenfalls gelobte Methode, den Mund offen halten zu lassen. Wenn man durch eine entsprechend grosse, zwischen

die Zahnreihen gesteckte Scheibe Schluckbewegungen verhindert, so verhindert man das Luftschlucken und damit natürlich auch das Aufstossen; die vorhandene Luft wird noch ausgestossen, dann tritt sofort die oft lang ersehnte Ruhe ein; man lässt die Scheibe solange als nothwendig tragen und weist den Pat. an, sofort wieder das Mittel zu verwenden, sobald das Aufstossen wieder beginnt; in einzelnen Fällen muss man, um das Schlucken sicher zu verhindern, die beiden Kiefer ad maximum von einander entfernt halten, in anderen resp. späteren Stadien der ersten Fälle genügen immer kleinere Scheiben.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 4.)

— **Ein einfacher Kunstgriff zur Erzeugung des Kniephänomens** wird von Prof. G. Krönig empfohlen, der ihn in einigen hundert Fällen erprobt hat. Er besteht in einer auf das Commando „jetzt“ möglichst schnell auszuführenden einmaligen forcirten Inspiration bei gleichzeitigem Hinaufblicken nach der Zimmerdecke. Aber Inspirationsact und Beklopfung der Sehne müssen zeitlich genau zusammenfallen! Man darf den Schlag auf die Sehne nicht schon in dem Zeitmoment ausführen, in welchem man commandirt, sondern erst unmittelbar hinterher.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 44.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am Anfang eines jeden Monats.

№ 8.

Preis des Jahrgangs 5 Mk. excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Mai XVI. Jahrgang 1907

Angina. **Ueber die A. als Ausgangspunkt schwerer Erkrankungen** hat Dr. H. Lomnitz (Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt) Untersuchungen angestellt, indem er eine Zusammenstellung derjenigen Affectionen machte, die unter seinen Augen im Anschlusse an A. entstanden, unter Ausschluss der Anamnese. Es wurden innerhalb der letzten drei Jahre 151 Fälle von A. beobachtet. Streptokokken fanden sich in 139 Fällen, davon 15 mal allein, 124 mal mit Staphylokokken zusammen; letztere fanden sich allein in sechs Fällen. A. Vincenti lag sechsmal vor, davon trat nur einmal in der Folge eine Störung von Seiten des Herzens auf. Alle anderen Erscheinungen dürften also auf Rechnung der Streptokokken resp. Staphylokokken zu setzen sein. Pathologische Erscheinungen überhaupt kamen 27 mal (in 17% der Fälle) vor. Am häufigsten (14 mal) *Störungen der Herzthätigkeit*, meist unter dem Bilde der Bradycardie. Es trat ein Absinken der Pulsfrequenz bis auf 45—60 Schläge ein, meist schon zwei bis drei Tage nach Ablauf des Fiebers einsetzend. Nach fünf bis sieben Tagen kehrte die Herzthätigkeit gewöhnlich wieder zur Norm zurück; nur dreimal dauerte sie noch bei der Entlassung an. Systolische Geräusche an der Herzspitze wurden nur dreimal gehört; niemals konnte dabei eine sichere Dilatation eines oder beider Ventrikel oder eine Verstärkung des II. Pulmonaltones festgestellt werden, Erscheinungen also, die zur Annahme einer Endocarditis berechtigt hätten. Nur zweimal wurde Tachycardie beobachtet, das eine Mal nach vorausgegangener Bradycardie. Im Ganzen besteht also hinsichtlich der

Herzerscheinungen grosse Aehnlichkeit der A. mit der Diphtherie und anderen Infectionskrankheiten, nur sind die Symptome in wesentlich schwächerem Maasse entwickelt. Nach Analogieschluss wäre die Annahme leichter myocarditischer Veränderungen gerechtfertigt. Der Häufigkeit nach folgen dann *Nierenerscheinungen* (9 Fälle). Das Fieber begleitende Eiweissausscheidung zeigte sich zweimal, eigentliche Nephritis nach Ablauf des Fiebers dreimal. Zwei dieser Nierenentzündungen gingen in cyclische Albuminurien über, die Wochen lang andauerte und bei der Entlassung noch bestanden. Dann gab es ferner eine schwere acute haemorrhagische Nephritis. Viermal acquirirten Nephritiskranke im Hause eine A., und diese übte jedesmal einen verschlimmernden Einfluss auf die Nierenentzündung aus. Bei einem der Pat. trat unmittelbar im Anschluss an die A. unter reichlicher Haematurie eine Uraemie ein, die zum Tode führte. Nur zweimal wurde ein Zusammenhang zwischen A. und *Gelenkrheumatismus* gesehen, und zwar nur als Verschlimmerung resp. Wiederaufflackern schon bestehender Processe. Endlich sind noch je ein Fall von *Purpura rheumatica* und *Sepsis* zu verzeichnen, letztere im Anschluss an einen Mandelabscess auftretend. (Medicin. Klinik 1907 No. 2.)

— **Ueber A. ulcerosa-membranacea** lässt sich Plaut aus, im Anschluss an folgende Beobachtung: Ende August schickte ihm ein College einen jungen Mann zu, um ein Urtheil abzugeben über die Natur seiner Tonsillenulceration. Das scharf umgrenzte Ulcus sass auf der linken, lebhaft gerötheten und stark hervorspringenden Tonsille. In der Mitte des Ulcus eine schmutzig grauweisse, schmierige Membran von der Grösse eines Daumennagels. Die andere Tonsille und der Rachenbefund ohne Besonderheiten. Drüsen links etwas geschwollen und schmerzhaft. Foetider Mundgeruch. Temperatur normal. Das klinische Bild unterschied sich also durch nichts von dem einer A. ulceroso-membranacea. Auffallend nur eine weissliche Hervorragung gerade in der Mitte der Membran. Mit der Pincette herausgezogen, erwies sie sich als eine vollständig im Parenchym der Tonsille sitzende Zahnbürstenborste. Pat. hatte am Sonntag bemerkt, dass eine Borste im Halse stecken blieb, diese machte aber keine Beschwerden bis Dienstag, wo er heftige Schmerzen beim Schlucken bekam, wesshalb er Mittwoch zum Arzte ging. Autor machte von der Borste Abstriche; sie war in einem Wall von

Leukocyten und Bakterien eingepflanzt, und man sieht eine enorme Menge Spirochaeten und fusiforme Bacillen. Nach Entfernung der Borste heilte die Affection in drei Tagen unter Gurgelungen und Jodpinselungen ab. Die A. ist höchstwahrscheinlich durch die Borste entstanden, die mit Zahnbakterien überladen war, zu denen Spirochaeten und fusiforme Bacillen gehören. Vielleicht sind Befunde von diesen im perityphlitischen Eiter ebenfalls auf verschluckte Zahnbürstenborsten zurückzuführen. Man sollte also mit Zahnbürsten recht vorsichtig sein.

(Biologische Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 4. 12. 06. — Münchner med. Wochenschrift 1907 No. 7.)

Appendicitis. **Die interne Behandlung der Appendicitis und die Indicationen zum chirurgischen Eingreifen bei derselben** beleuchtet Prof. Dr. M. Jordan (Heidelberg) als eine Entgegnung auf die Ansichten von Pfister*), mit denen er ganz und gar nicht übereinstimmt. „Wer öfter Frühoperationen gemacht und gesehen hat, wie es bei mittelschweren oder schweren Fällen im Abdomen aussieht, wie oft der Appendix zum Platzen mit Eiter gefüllt, gangraenös ist, in beginnender Perforation sich befindet, verliert den Wunderglauben an Eis und Opium. Die Eisblase kann, besonders bei einigermaassen fetter Bauchwand, auf die tiefliegende Entzündung unmöglich einen wesentlichen Einfluss ausüben, sie kann höchstens schmerzlindernd wirken; unseren heutigen Anschauungen über die Entzündung und ihre Behandlung dürfte zudem mehr die Verwendung der Wärme entsprechen; ich persönlich ziehe in der Mehrzahl der Fälle den Wärmsack der Eisblase vor. Durch Opium können wir eine gewisse Ruhigstellung des Darmes herbeiführen, und deshalb wäre seine kurze Anwendung ohne Bedenken, wenn ihr nicht directe Nachtheile gegenüberständen, auf die ich später zu sprechen komme. Wie auch v. Krehl ausführt, ist bei der A. simplex die directe Ruhigstellung des Darmes nicht nöthig, vielleicht sogar manchmal schädlich durch Unterhaltung der Obstipation, und bei den mittelschweren und schweren Fällen kann das Opium nichts nützen, da es auf die Bildung und Festigkeit der Adhaesionen keinen directen Einfluss zu üben vermag". Pfister's Material war durchaus nicht geeignet, Schlüsse auf die Behandlung der A. abzugeben; das Gros seiner Fälle wäre auch ohne Eis

---

*) Siehe „Excerpta" No. 7, S. 295.

und Opium zur spontanen Heilung gelangt. Und dann bedeutet die Heilung solcher Fälle doch nur die Heilung der Anfälle. Wie steht es mit der Zukunft dieser Geheilten? „Die Erfahrung ergiebt, dass nach der sogen. Heilung der Pat. in Gefahr ist, chronische Beschwerden zurückzubehalten oder neue Anfälle zu bekommen. Auch nach einfachen Entzündungen behält der Wurmfortsatz oft bleibende Veränderungen zurück (Knickung, Strictur, Hohlraumbildung), die den Boden für neue Entzündungen abgeben. In zahlreichen Fällen treten in der That Recidive auf, nach Wochen, nach Monaten, nach vielen Jahren; die recidivirende Entzündung kann leichter sein, ist aber vielfach auch schwerer, als die vorausgegangene, und wir haben keinerlei interne Mittel, die Rückfälle zu verhüten, sie in ihrem zeitlichen Auftreten, in ihrem Charakter zu beeinflussen". Ein Pat., der von einer A. intern geheilt ist, ist also in steter Gefahr, eine neue Attaque zu bekommen, die ihm unter Umständen das Leben kosten kann. Pfister will die leichten und mittelschweren Fälle exspectativ, die schweren operativ behandeln. Aber eine solche Rubricirung ist gar nicht durchführbar; sie scheitert an der Unmöglichkeit, die sichere Prognose des Anfalls im Einzelfall zu stellen, den anatomischen Zustand des Wurms im vorliegenden Falle zu diagnosticiren. Speciell die bei den Frühoperationen gemachten Beobachtungen haben vielfach ergeben, dass auch der erfahrenste Diagnostiker folgenschweren Irrthümern in der Auffassung der Krankheit ausgesetzt ist. „Die Schwierigkeit der Beurtheilung liegt darin, dass die schweren, der Perforation vorausgehenden Veränderungen des Appendix unter Umständen fast symptomlos, vielfach unter ganz leichten klinischen Erscheinungen verlaufen und dass mit dem Durchbruch erst plötzlich die Peritonitissymptome einsetzen. Man hat also Grund zu der Annahme, es liege eine Appendicitis simplex vor, und wird durch eine, am zweiten, dritten und vierten Tag einsetzende jähe Verschlimmerung überrascht. Ferner: die Perforation vollzieht sich unter starken klinischen Erscheinungen, die mit der Bildung eines sich abgrenzenden Abscesses nachlassen, es folgt am vierten, fünften und sechsten Tag eine Periode der scheinbaren Besserung, am siebenten Tag kommt es plötzlich zu einem Durchbruch des jauchigen Abscesses in die Bauchhöhle mit tödtlicher Peritonitis diffusa. Unter dem Eindruck dieser Erfahrungen, die auch den hervorragendsten Vertretern unseres Faches nicht erspart geblieben

sind, hat man die bedingungslose Frühoperation empfohlen, d. h. gerathen, jeden Fall von Appendicitis, der zur Beobachtung kommt, im frühesten Stadium zu operieren". Einer solchen unbedingten Frühoperation stellt aber Autor folgende Bedenken entgegen:

1. Die Schwierigkeit der Frühdiagnose selbst. Während die Feststellung, dass es sich bei einer acuten Erkrankung überhaupt um Appendicitis handelt, für den Geübten meist leicht ist, gelingt sie dem weniger geübten Arzt oft nicht am ersten oder zweiten Tag — ich wurde mehrfach zu Fällen von acuter Appendicitis gerufen, bei denen die Diagnose auf Gastroenteritis, Coprostase, Invagination etc. gestellt worden war, oder umgekehrt, zur Operation von Pat. zugezogen, bei denen ich die vom Arzt angenommene Appendicitis ausschliessen konnte.

2. Die Frühoperation setzt einen in der Bauchchirurgie vollständig bewanderten Operateur voraus, da sich auch bei scheinbar einfacher Sachlage hinsichtlich der Entfernung des Appendix die grössten anatomischen Schwierigkeiten ergeben können; sie wird also in der Regel einen Fachchirurgen verlangen.

3. Die Resection des Appendix bietet eine zwar geringe, aber immerhin doch eine gewisse Gefahr, speciell bei älteren Leuten, bei denen jede Bauchoperation mit einem Risiko verbunden ist.

4. Gegenüber der Intervalloperation hat die Frühoperation den Nachtheil, dass die Vorbereitungen zum Eingriff häufig nicht mit der wünschenswerthen Ruhe und Vollkommenheit getroffen werden und dass die Bauchwunde nicht immer geschlossen werden kann, die Gefahr des Bauchbruchs daher eine grössere ist.

5. Das Publikum dürfte sich im Allgemeinen nur schwer zu Eingriffen bei nur relativer Indication entschliessen; wenn die Frage vorgelegt wird, ob die Operation dringend nöthig sei, kann man dieselbe bei einem Fall, der den Eindruck eines durchaus leichten macht, nicht bejahen.

Autor nimmt den individualisirenden Standpunkt ein und glaubt, dass man die ganz leichten Fälle von A. bei exact klinischer Beobachtung doch erkennen und dass man diesen die Operation im acuten Anfall ersparen kann. Zur Erkennung der Natur des Anfalles giebt Autor folgende Belehrung:

„Eines der wichtigsten Zeichen der schweren Anfälle ist die Spannung der Bauchmusculatur, insofern dieselbe

eine Reizung des Bauchfells durch einen Erguss beweist. Schon vor Jahren hat Trendelenburg auf die Bedeutung der Bauchspannung bei inneren Blutungen (Milz-, Leberruptur), sowie bei Darmperforationen in Folge von Contusionen des Leibes hingewiesen. Das Auftreten der Muskelspannung bei Appendicitis spricht für eine Durchlässigkeit des Appendix und giebt somit die Indication für sofortige Operation. Beim Puls ist zu berücksichtigen, dass dessen Frequenz individuellen Schwankungen unterliegt, doch ist eine hohe Pulszahl speciell bei niederer Temperatur ein ominöses Zeichen. Wenn auch Fälle vorkommen, bei denen trotz diffuser eitriger Peritonitis der Puls 80 nicht übersteigt, so ist doch im Allgemeinen ein Puls von 100 oder mehr das Zeichen einer schweren Entzündungsform und mitbestimmend für die Indication zum Eingriff. Das dritte wichtige Symptom ist der Schmerz. Intensive Schmerzen im Beginn der Erkrankung, fortbestehender Schmerz während der ganzen Nacht oder des Tages, Wiederauftreten heftiger Schmerzen nach anfänglicher Besserung, sprechen für Appendicitis destructiva. Dabei ist wieder zu berücksichtigen, dass die Schmerzempfindung individuell sehr verschieden ist und dass geringe Schmerzen nicht für die Annahme einer leichten Form von Appendicitis verwerthbar sind. Mehrmaliges Erbrechen im Beginn des Anfalls, Wiederholung desselben nach stundenlangem Sistiren, Fortdauer desselben am zweiten Tag, sind bedrohliche Zeichen. Der Temperatur kommt keine sehr grosse Bedeutung zu, da erfahrungsgemäss die schwersten Fälle fieberlos bleiben können; immerhin sind Schüttelfröste und hohes Fieber (über 40°) einerseits, subnormale Temperaturen anderseits für die Beurtheilung sehr wichtig. Beschleunigung der Athmung, costaler Typus, speciell bei Männern, sind Zeichen peritonitischer Complication. Das Symptomenbild der Appendicitis ist ein sehr variables: die geschilderten Symptome können im Einzelfall alle vorhanden sein, es können aber auch einzelne fehlen; ein einziges ungünstiges Symptom ist, wie Krecke mit Recht betont, für die Beurtheilung werthvoller, als das Vorhandensein mehrerer günstiger Zeichen. Der erfahrene Arzt kann oft aus dem Gesichtsausdruck, der Athmung, dem Puls allein die Diagnose stellen. Wichtig ist ferner der Ablauf der Erscheinungen, der rasche Rückgang oder die successive Steigerung. Bei den leichtesten Fällen, die ich von der Frühoperation ausschliessen will, fehlt die Muskelspannung, die locale Druck-

empfindlichkeit ist eine mässige, die spontanen Schmerzen sind nicht sehr heftig und lassen schon nach einigen Stunden nach, Erbrechen tritt nur einmal oder überhaupt nicht ein. Der Puls geht nicht über 100, die Temperatur ist nur mässig erhöht; der Leib ist, abgesehen von der Coecalgegend, leicht eindrückbar, weich; die Allgemeinreaction ist eine geringe; im Laufe von 12 oder höchstens 24 Stunden erfolgt ein Rückgang aller Erscheinungen. Bei solchen Fällen kann man, mit dem Messer in der Hand, unter steter Beobachtung des Ablaufs abwarten und kann dem Pat. die Frühoperation ersparen. Erfolgt der Rückgang der Erscheinungen nach 24 Stunden nicht, ist sogar eine Steigerung der einen oder anderen Krankheitserscheinung nachzuweisen, dann ist die Indication zu sofortiger Operation gegeben. Bei den schweren Fällen tritt in der Regel schon am ersten Tage eine stete Steigerung der Erscheinungen ein (siehe obige Beobachtung), die zu sofortigem Eingreifen auffordert. Es giebt aber auch Fälle mit leichten Anfangserscheinungen, bei denen erst am zweiten oder vielleicht auch am dritten Tage Zeichen eines schwereren Processes nachzuweisen sind. In diesen Fällen ist genaueste Beobachtung des Verlaufs in allen seinen Einzelheiten dringend nöthig, damit der Zeitpunkt nicht versäumt wird. Die Diagnostik, resp. die Stellung der Prognose erfordert also gerade in den ersten Tagen die Berücksichtigung aller, auch der geringfügigsten Symptome, es kann auf keines derselben verzichtet werden, am wenigsten auf den Schmerz, als eines der alarmirendsten Zeichen. Es ist daher gefährlich, den Schmerz von Anfang an durch Narcotica zu eliminiren, und in diesem Moment ist das Hauptbedenken gegen die Anwendung des Opiums zu suchen. „Für die Indicationsstellung ist der Schmerz ein unentbehrliches Symptom, Intensität, Dauer, Steigerung desselben sind von grösster Wichtigkeit für die Beurtheilung und zumal für den Arzt, der keine grossen Erfahrungen auf dem Gebiet der Perityphlitis besitzt. Dazu kommt ein, wie ich glaube, nicht zu unterschätzendes psychologisches Moment: der Pat. erfasst die Gefährlichkeit seiner Situation viel leichter, wenn er Schmerzen hat, und lässt sich von der Nothwendigkeit eines operativen Eingriffs rascher überzeugen, als wenn er sich nach grossen Opiumgaben in schmerzfreiem Zustand befindet.“ — Die Indicationen für die *Intervalloperation*, d. h. die Entfernung des kranken Wurmfortsatzes nach Ablauf des acuten Anfalls bei voller Gesundheit des Trägers, formulirt Autor wie folgt:

1. Nach einem Anfall von Appendicitis empfiehlt sich die Operation, wenn dauernde Beschwerden zurückgeblieben sind.

2. Nach einem mittelschweren oder schweren Anfall ist die Operation geboten, auch wenn keine Beschwerden mehr bestehen, es sei denn, dass eine Abstossung des gangraenösen Wurms bei der Abscessincision sicher nachgewiesen war.

3. Nach einem leichten Anfall ist beim Fehlen irgendwelcher Beschwerden die Indication zur Entfernung des Appendix eine relative: sie ist beeinflusst vom Alter des Pat., vom Beruf, von sonstigen Verhältnissen. Bei Kindern, die sich schwer beaufsichtigen und schwer von Schädlichkeiten fernhalten lassen, bei Erwachsenen, die im Beruf körperlichen Strapazen ausgesetzt sind (Offiziere, Sportsleute etc.) bei Leuten, die grosse Reisen, besonders Schiffsreisen, unternehmen wollen, bei denen die eventuelle Hülfeleistung eine unsichere ist, rathe ich zur Operation. Ist der Patient dauernd an der Quelle chirurgischer Hülfe (also in grösseren Städten), handelt es sich um ältere Leute, bei denen dem Eingriff sonstige Bedenken (Bronchitis, Herzaffectionen, Fettleibigkeit) entgegenstehen, so kann von der Operation abgesehen werden. Tritt in solchen Fällen eine zweite Appendicitis auf, so empfiehlt sich sofortige Frühoperation, zumal die Diagnose gesichert ist.

4. Nach zwei oder mehr leichten Anfällen ist die Operation indicirt, wenn nicht hohes Alter oder organische Erkrankungen eine Gegenanzeige bilden.

Am Schlusse seiner Ausführungen fasst Autor dieselben in folgende Sätze zusammen:

1. Bei jedem, auch dem anscheinend leichtesten Fall von acuter Appendicitis ist mit der Nothwendigkeit sofortiger Operation zu rechnen.
2. Die Hauptaufgabe des praktischen Arztes ist daher zunächst nicht so sehr die sogenannte Behandlung des Anfalls, als vielmehr die Feststellung des Charakters der Entzündung zum Zweck der dringend nöthigen frühen Indicationsstellung.
3. Diese wichtigste Entscheidung basirt auf exacter klinischer Beobachtung des Falles; daher ist jede Verschleierung des Krankheitsbildes bedenklich, und aus diesem Grunde ist die systematische Verabreichung des Opiums, zumal in grossen Dosen, zu widerrathen.

4. Fälle, die sich als leichte charakterisiren, können unter steter Beobachtung ihres Ablaufs der spontanen Heilung überlassen werden.
5. Fälle, die sich von Anfang an, oder am zweiten und eventuell noch am dritten Tage als dubiöse oder schwere erweisen, sollen sobald als möglich der Frühoperation unterzogen werden.
6. Die interne Behandlung eines schweren Anfalls (Appendicitis perforativa) ist ein Hazardspiel, bei dem die Gewinnchance zwar keine direct ungünstige, der Einsatz — ein Menschenleben — aber zu kostbar ist.
7. Nach spontanem Ablauf eines Appendicitisanfalls muss die Intervalloperation in Betracht gezogen werden. Dieselbe ist indicirt:
   a) nach einem schweren Anfall absolut,
   b) nach einem leichten Anfall relativ,
   c) nach zwei oder mehr leichten Anfällen absolut,
   d) nach zurückbleibenden chronischen Beschwerden.
8. Bei der rein chronischen Appendicitis ist die Exstirpation des Wurmfortsatzes die sicherste und am raschesten zum Ziele führende Heilmethode.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 12.)

Arthritis urica. **Zur Therapie der Gicht** empfiehlt Dr. L. Alkan (Berlin) die Bier'sche *Stauung*, die er bei einer Pat. versuchte, die gegen ihre Schmerzen allerhand Mittel und Methoden vergebens angewandt hatte. Die Stauung hatte hier, wie in einem anderen Fall (acuter Gichtanfall) so schönen Erfolg, dass Autor ihre Anwendung sowohl im acuten Anfall wie bei chronischer A. warm befürworten kann. Das Blutserum ist ja ein Lösungsmittel für das harnsaure Natron, und wenn auch das Blut des Gichtikers grosse Harnsäuremengen enthält, so ist es doch nicht damit so gesättigt, dass es nicht noch beträchtliche Mengen zu lösen vermöchte. Durch das Stauungsoedem wird die Menge des Lösungsmittels gesteigert. Man könnte aber einwenden, dass durch die passive Hyperaemie zugleich mit dem Lösungsmittel wieder in Lösung befindliche Harnsäure bei verlangsamter Circulation gerade an denjenigen Stellen angehäuft wird, die gelöste Harnsäure zum Auskrystallisiren veranlassen. Deshalb liess Autor es nicht nur bei der Staungshyperaemie bewenden, sondern setzte die gefährdeten Stellen gleichzeitig auch activer Hyperaemie durch Wärme aus, welche die Resorption stark

beschleunigt; ferner suchte er im Anschluss daran durch Anregung der Nieren-, Darm- und Hautthätigkeit die Excretion der gelösten Harnsäure möglichst zu befördern. Bei Affection der Grosszehengelenke wurde daher zunächst Morgens die Stauungsbinde handbreit über den Malleolen angelegt, gleichzeitig der Grosszehenballen mit heissem Brei umhüllt. Nach zwei bis drei Stunden Entfernung der Binde, Hochlagerung des Beines. Der Grosszehenballen erhielt zunächst für zwei Stunden kalte Umschläge, um durch Anaemie das Gelöste möglichst zu entfernen; für den Rest des Tages wurden wieder kleine heisse Breipäckchen verwandt. Die Pat. hatten sich reichlich zu bewegen, sie erhielten Karlsbader Salz, Abends eine Schwitzprocedur durch reichliche Zufuhr heissen Getränkes.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1907.)

— Einen **Fall von Gicht bei einem vierjährigen Kinde** beschreibt Dr. M. Fraenkel (Berlin). Das Kind soll schon seit ca. 1½ Jahren fortwährend Anfälle haben. Einen Anfall hatte Autor selbst zu beobachten Gelegenheit; es handelte sich um typische A. in der rechten grossen Zehe. Therapeutisch benützte Autor Arthrosantabletten No. I (neben entsprechender Diaet), die eine neue Art von getrennt zu verabreichendem Formaldehyd und citronensaurem Natron darstellen. Er gab Anfangs dreimal täglich zwei Tabletten zwei Tage lang; nachdem Schwellung und Schmerzhaftigkeit geschwunden, wurde eine dreiwöchige Cur (dreimal täglich eine Tablette) verordnet, die nach drei Monaten noch einmal wiederholt wurde. Es trat noch ein leichter Anfall ein, seit ½ Jahr ist Pat. frei von Anfällen.

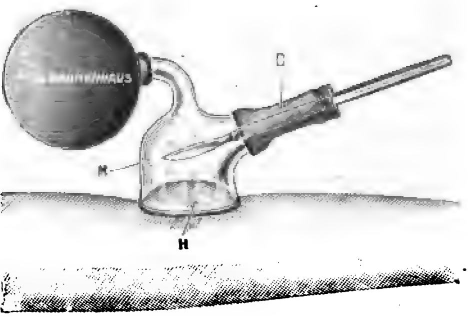
(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 5.

Furunkel. **Die Behandlung des F. und die Verhütung der Furunculose mittels Jodofan** empfiehlt Dr. Gerstle (Berlin). Jodofangaze resp. Jodofanpulver wird zur Wundbehandlung und zum Schutz gegen die Weiterverbreitung des inficirenden Eiters verwandt. Den Verband legt Autor trocken an, wenn der Schnitt bis ins Gesunde geht, dagegen feucht (mit 1‰ Salicylsäurelösung) bei kleiner Incision, die noch eine Resorption des umliegenden entzündlichen Gewebes erforderlich macht. Man hat bei der Behandlung der Incisionswunden mit Jodofan den grossen Vortheil, die eiternde Wundfläche mit einem stark desinficirenden und die Granulationen lebhaft anregenden und völlig geruchlosen Mittel belegt und geschützt zu halten. Von der

allergrössten Bedeutung aber ist es für den Pat., dass man mittels Jodofan der Entstehung weiterer F. vorbeugen kann; zu diesem Zwecke benetzt Autor die Haut in weiter Umgebung des F. mit einer indifferenten Flüssigkeit (Liq. Alumin. acet., 1‰ Salicyl- oder physiol. Kochsalzlösung) und bestreut die nasse Fläche reichlich mit Jodofan. Die Benetzung ist erforderlich, um das Jodofan fester haftend zu machen, so lange, bis der Verband angelegt ist. Bei diesem Verfahren trifft nun das abfliessende Secret nicht mehr die ungeschützte Haut, sondern des Jodofan, welches bei seiner stark desinficirenden Kraft grosse Mengen Eiters unschädlich macht. Autor hat aber auch Jodofan als bestes Wundantisepticum — reizlos, ungiftig, geruchlos — schätzen gelernt; man belegt die Wunde mit Jodofangaze (10%) oder streut Jodofan in dünner Schicht auf. So kann man Jodofan auch bei frischen Wunden, Ulcus cruris, Ulcus molle, Panaritien, Ekzem etc. mit Erfolg anwenden.
(Medicin. Klinik 1907 No. 9.)

— **Eine Combination von Saugglas und Messer** (hergestellt vom Medic. Warenhause, Berlin NW.) empfiehlt Dr. K. Gerson (Schlachtensee). Aus seinen Ausführungen geben wir Folgendes wieder:

„Oefters ist man genötigt, vor dem Ansetzen des Saugglases eine Incision zu machen. So in vielen Fällen von Furunkeln, Abscessen, Phlegmonen. Dabei ist eine der Incision vorhergehende Anaesthesierung der Haut, zumal bei empfindlichen Personen, unumgänglich. Die ganze Procedur wird dadurch aber umständlich und zeitraubend. Denn man muss dreierlei, Anaesthesierung, Incision, Stauung, schnell nacheinander vornehmen. Es lag daher hier das Streben nach Vereinfachung nahe, indem man in einer Vorrichtung diese Maassnahmen verbände, so zwar, dass durch deren gleichzeitige Ausführung ihre Wirkung verstärkt würde. Dabei stellte sich heraus, dass die künstliche Anaesthesierung meist überflüssig wurde. Dies glaube Autor durch eine



Anordnung erreicht zu haben, wie sie aus vorstehender Abbildung sich ergibt. Das Messer M ist vermittels einer luftdicht abschliessenden, dicken Gummihülse G auf einen Hals des Saugglases aufgeschoben. Messer und Gummihülse können behufs Sterilisirung vom Saugglase leicht abgenommen werden. Die mehr oder minder vollkommene Anaesthesierung des zu incidirenden Hauttheiles H erfolgt nun durch dessen Stauung. Jedoch haben Versuche ergeben, dass zur Anaesthesierung normaler Haut mindestens fünf Minuten lange Stauungen erforderlich sind, zur Anaesthesirung entzündeter Haut etwa 8—10 Minuten. Die zur Anaesthesierung erforderliche Zeit ist individuell sehr verschieden. Vollkommene Unempfindlichkeit des gestauten Hauttheiles wird in der Mehrzahl der Fälle nicht erreicht. Doch ist die Schmerzempfindung so gering, dass sie in jedem Falle leicht ertragen wurde. Viel trägt zu dieser geringen Empfindung die Anordnung des Messers bei, weil es, in der Saugglocke steckend, dem Blicke des Pat. leichter verborgen werden kann. Man erspart dadurch dem Pat. die „Angst vor dem Messer“ und ein Vorgefühl des Schmerzes. Dieses Moment ist in der Praxis nicht zu unterschätzen.

Durch die Stauung wird der Hauttheil H emporgehoben und dem Messer M entgegengedrängt. Dies hat zunächst den Vortheil, dass unter der abgehobenen Haut etwa gelegene wichtige Gebilde, wie Nerven und Gefässe, vom Messer nicht verletzt werden können. Weiterhin wird in Folge der starken Spannung des gestauten Hauttheiles die Incision erleichtert und die Wirkung des Schnittes, das heisst Ausfluss von Blut oder Eiter, durch die gleichzeitige Saugwirkung erhöht. Erscheint die Grösse des ersten Schnittes nicht genügend, so kann man, ohne dass der Pat. es bemerkt, noch weitere Schnitte hinzufügen. Die Handhabung der Vorrichtung geschieht nun folgendermaassen: Auf den zu incidirenden Hauttheil wird in üblicher Weise die an ihrem Rande eingefettete, sterilisirte Saugglocke gesetzt. Nach einer Stauung von mindestens 8—10 Minuten fasst man mit der Rechten den Messergriff am Gummitheil G, wo die Hand beim Schneiden festen Anhalt findet, und hält während des Schneidens mit der Linken die Saugglocke fest. Im Bereiche des gestauten Hauttheiles ist überall beliebig ausgiebige Incision möglich, weil das in der elastischen Gummihülse verschiebliche Messer auf- und nieder-, vor- und zurück- und auch seitwärts gedreht werden kann. Die Schnittführung und -wirkung

kann durch das Glas hindurch gut controllirt werden. Nach der Incision und genügender Saugwirkung wird die Saugglocke abgehoben, das Messer nebst Gummihülse von der Saugglocke abgezogen und sterilisirt. Vor der Sterilisirung wird das Messer aus der Gummihülse herausgezogen. Zum erneuten Gebrauch wird zunächst die Gummihülse über die etwas angefeuchtete Oeffnung der Saugglocke gestülpt, indem man die Hülse auf einer Seite des Glashalses festhält und sie mit der andern herüberzieht. Dann führt man das angefeuchtete Messer in die Gummihülse ein, so weit, dass seine Schneide den vorliegenden Hautteil bequem erreichen kann. Durch Vor- und Zurückschieben kann man die Schneide dem gestauten Hauttheil beliebig nähern und von ihm entfernen. Die leichte Abnehmbarkeit des Messers hat noch den Vortheil, dass man an Stelle des Messers auch andere Instrumente, z. B. scharfen Löffel in die Gummihülse einschieben und auf die Saugglocke aufsetzen kann. In dieser Weise kann man den scharfen Löffel zur Ausleerung eines Furunkels oder Abscesses nach der Incision unter gleichzeitiger Saugwirkung gebrauchen. — Aber auch zur Abrasio von Warzen wäre der scharfe Löffel unter der Saugwirkung wohl indicirt, weil die Warzen dem Löffel stark entgegengedrängt werden und die Abrasio schmerzlos stattfinden kann."

(Med. Klinik 1907 No. 10.)

— **Ein paranephritischer Abscess und multiple Muskelabscesse in Folge eines F.** wurden von Dr. L. Kohan (Jaffa) beobachtet. (Klin.-therap. Wochenschrift 1907 Nr. 6.)

Gonorrhoe. **Die Behandlung der gonorrhoischen „Posteriocystitis" seitens des prakt. Arztes** bespricht Prof. Kromayer (Berlin). Von externen Mitteln empfiehlt er das *Albargin*. In einer Concentration von 1:2000 bis 1:1000 wirkt dasselbe als Injectionsmittel für die vordere Harnröhre und bei Ausspülungen der ganzen Harnröhre schnell und sicher secretionsbeschränkend, ohne zu reizen. Für die Posterior kommen natürlich bei der kurzen Berührung des Medicamentes mit der Schleimhaut viel höhere Concentrationen in Betracht. Eine 2%ige Albarginlösung in Blasenhals und Blase mittels des Guyon eingespritzt, ruft so gut wie keine Reizerscheinungen hervor, selbst wenn man eine ganze Guyon'sche Spritze (4—5 ccm) injicirt. Diese Toleranz der Schleimhaut diesem Mittel gegenüber ermöglicht es, grössere Quantitäten in Blasen-

hals und Blase zu injiciren, und daher wird der Guyon überflüssig und kann durch einen gewöhnlichen geraden Seidenkatheter ersetzt werden, der eine leichte sogenannte Mercier'sche Abknickung der Spitze besitzen kann, um sicherer den äusseren Schliessmuskel der Blase zu passiren. Man führt diesen Katheter bis in die Blase, entleert den Urin und spritzt mit einer beliebig (bis 50 ccm) grossen Spritze 5—10—20 ccm ein, entfernt die Spritze vom Ansatz des Katheters, worauf sogleich einige Tropfen der eingespritzten Lösung sich durch ihn entleeren, und zieht nun den Katheter so weit heraus, bis das Herausfliessen der Lösung aufhört. Nun weiss man sicher, dass das Auge des Katheters sich im Blasenhals befindet, und man injicirt jetzt weitere 5—10—20 ccm in den Blasenhals. Das Verfahren ist ausserordentlich schonend und ruft bei Anwendung einer 2%igen Lösung kaum eine Reaction hervor. Aber auch 3%ige Lösung ist reizlos und wirkt natürlich besser. In den meisten Fällen gelang es, mit Injectionen einer 3%igen Lösung, die alle 2 Tage wiederholt wurden, in 1—2 Wochen die Posteriorcystitis zum Verschwinden zu bringen. Aber es giebt zahlreiche Fälle, in denen bei grosser Empfindlichkeit des Pat. und Acuität des Processes sich von vornherein, besonders in den ersten Tagen der Entzündung, die Einführung eines Instrumentes in der Harnröhre von selbst verbietet, und man genöthigt ist, sich auf interne Therapie zu beschränken. Hier hat Autor 2 Mittel als wirksam erprobt: *Kawa-Kawin* (Fabrik M. Jasper, Bernau) und *Santyl*. Ersteres war namentlich dann von Vortheil, wenn es sich um ältere Fälle handelte, während Santyl vorzugsweise die frischen Fälle günstig beeinflusste, ohne, auch in grossen Dosen (3 Mal täglich 60 Tropfen!) irgendwie zu belästigen. Der prakt. Arzt wird aber gut thun, dies Mittel nicht gleich bei Beginn der acuten G. zu geben, sondern sich im Anfang auf die locale Behandlung mit Injectionen zu beschränken, um dann in dem Momente, wo die Entzündung auf den Blasenhals übergreift, sich dieses wirksamen, nicht durch zu frühzeitige Anwendung verbrauchten Mittels zu bedienen und dadurch häufig, wie mit einem Schlage, den schmerzhaften Tenesmus, den trüben Urin etc. zu beseitigen. Erst wenn diese interne Medication versagt, soll er an die locale Behandlung in der eben geschilderten Weise herangehen. (Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 1.)

— **Zur Therapie der Prostatitis gonorrhoica** empfiehlt Dr. W. Lüth (Thorn) für gewisse Fälle das *Fibrolysin*. Die leichteren Formen der Prostatitis, die katarrhalische, bei der die Prostata gar nicht oder nur minimal vergrössert ist, sich teigig anfühlt und überall von gleicher Consistenz ist, die folliculäre, wo an der vergrösserten Prostata einzelne festere Knoten zu fühlen sind, sie lassen sich durch Massage meist leicht beseitigen. Nicht so die *parenchymatöse* Form. Die Drüse ist erheblich vergrössert, ist oft von ungleicher Grösse der einzelnen Lappen, aber gleichmässig fest, elastisch bis hart und unnachgiebig. Trifft man bei der Untersuchung eine stark vergrösserte, gleichmässig derbe Drüse, die auch bei Massage kein Secret an das Orificium externum treten lässt (in Folge Verdichtung des perilobulären Gewebes), dann hat man die Prostatitis vor sich, die durch Massage therapeutisch nicht beeinflusst wird. Die Infection liegt meist weit zurück, die G. ist vielfach scheinbar geheilt, selbst der Morgentropfen kann fehlen, aber die Pat. fühlen einen Druck im After, die Darmentleerung ist erschwert, auch das Uriniren manchmal, ein Kitzeln und Brennen in der Glans macht sich geltend, das nach Coitus und Alkoholexcess noch verstärkt wird. In 6 Fällen solcher Art spritzte Autor alle 4—5 Tage eine Ampulle Fibrolysin (Merck) in die Glutäen ein und erzielte damit in allen Fällen eine Erweichung der Drüse; in 3—4 Wochen, während welcher die Injectionen gemacht wurden und gleichzeitig Massage stattfand (die aber vorher ergebnislos gewesen war) kehrte dieselbe zur Norm zurück.

(Medicin. Klinik 1907 No. 10.)

— **Ein Fall von gonorrhoischer Allgemeininfection** wurde von Dr. Siebelt (Bad Flinsberg) beobachtet, und zwar im Spätstadium einer acuten G. Pat. erkrankte am 21. Febr. unter Schüttelfrost, rechtsseitigem Brustschmerz, wenig trockenem Husten. Befund am Thorax minimal, dagegen allmählich sich vergrössernde Infiltration am rechten Oberarm nach innen vom Bicepsrande. Probepunction; im Eiter massenhaft Gonokokken. Sputumuntersuchung negativ, in den spärlichen Fäden des sonst normalen Urins aber vereinzelte Gonokokken. Nach breiter Eröffnung des Abscesses sofort Entfieberung und Wohlbefinden. Am 4. Tage darauf aber wieder Schüttelfrost, Fieber, dann heftige Schmerzen in der rechten Hüfte und der rechten Brusthälfte. Beträchtliche Schwellung der rechten Leisten-

drüsen; in der unteren Parthie der rechten Lunge pleuritisches Reiben. Bei andauernd hoher Temperatur nahm die Gegend über dem rechten Trochanter das Aussehen an, als ob sich auch hier ein Abscess bilde. Probepunction ergab nur einige Tropfen blutig-seröser Flüssigkeit; mikroskopische Untersuchung negativ. Da es sich aber trotzdem zweifellos um ein erneutes Aufflackern der gonorrhoischen Infection handelte und jede medicamentöse und externe Behandlung erfolglos blieb, gab Autor *Gonosan* in der Hoffnung auf eine allgemeine Wirkung (vom 20. X. ab 3 Mal täglich 1 Kapsel, am 23. XI. vier, vom 25. XI. ab 6 Kapseln täglich). Die Temperatur blieb die ersten 3 Tage unverändert hoch; am 24. XI. war Pat. fieberfrei, vom 26. XI. ab Wohlbefinden und baldige Genesung. Gonosan scheint demnach auch eine causale Wirkung zu haben, die Gonokokken direct zu vernichten.

(Medicin. Klinik 1907 No. 1.)

Haemorrhoiden. **Das Pessar-Suppositorium,** ein neues Verfahren zur Behandlung der H., empfiehlt Dr. J. Loewenheim (Berlin). Es wird hier combinirt die Wirkung des Pessars und des Suppositoriums erzielt, wobei

1. ein Zurückschieben der von ihrer Stelle verschobenen und auch manchmal ausgetretenen, vorgefallenen Haemorrhoidalknoten erreicht wird;
2. ein Auseinanderhalten der meist entzündeten und schmerzenden unteren Darmwände stattfindet;
3. die unteren Darmtheile und der Anus eingefettet;
4. der im unteren Theil des Rectums liegende Darminhalt erweicht wird.

Das *Pessar-Suppositorium* (Chem. Institut Dr. Ed. Herzfeld, Berlin S. 42) ist aus einem polsterartigen, nur theilweise löslichen, animalischen Fett hergestellt, dessen Präparierung eine derartige ist, dass eine Bildung von Fettsäuren verhindert wird. Dieser Fettkörper a ist von einer Hülle b überzogen, welche den Körper a aseptisch und luftdicht abschliesst, sodass hierdurch eine Fäulniss und eine Zersetzung des Körpers a dauernd verhindert wird. Das ganze Pessar-Suppositorium, welches die Form einer Granate hat, besitzt eine Länge von 4 cm und eine Dicke von 1,5 cm. Wird es mit seinem zugespitzten Ende nach vorn in den Anus eingeführt, so werden die etwa vorgefallenen, schmerzenden Haemorrhoiden zurückgeschoben und durch das vermöge seiner entsprechenden Dicke die Analöffnung gut ausfüllende Pessar-Suppositorium in dieser

Lage zurückgehalten, wobei gleichzeitig ein angenehmer, elastischer Druck auf die Haemorrhoiden ausgeübt wird, der direckt schmerzlindernd wirkt und das bekannte quälende Jucken aufhebt. Die Hülle besitzt nun einen solchen Schmelzpunkt, dass sie sich nach der Einführung des neuen Pessar-Suppositoriums in das Rectum leicht auflöst und nun den Körper a seine volle Wirkung auf den Darm entfalten lässt. Dieser Fettkörper a wird durch die Körperwärme derart geschmeidig gemacht, dass er im Darm liegend vermöge seiner Elastizität wie ein Polster wirkt, auf diese Weise ein Zusammenklappen der Darmwände verhindert und die sonst für die Defäcation durch ihr Vorfallen hinderlichen Haemorrhoiden zurückhält. Je länger das Pessar-Suppositorium im Darm liegt — es wird dies gewöhnlich die Zeit zwischen zwei Defäcationen sein, also im Allgemeinen etwa 12—24 Stunden —, um so elastischer wird es, und desto mehr schmiegt sich der erwärmte Kern a den Darmwänden an, wodurch die von dem Haemorrhoidalleiden hervorgerufenen Reizerscheinungen und Entzündungen wesentlich vermindert werden, und somit der Weg zur Heilung des Uebels geebnet wird. Dadurch, dass der Körper a sich nicht gänzlich auflöst, sondern von seiner Oberfläche nur fortwährend Fett abgiebt, wird ferner erzielt, dass infolge der dauernden Einfettung der unteren Darmtheile ein Erweichen des unteren Darminhalts stattfindet, und diese Wirkung wird noch besonders dadurch erhöht, dass die konische Spitze des Pessar-Suppositoriums, die nur aus dem bei Körpertemperatur schmelzenden Hüllenmaterial besteht, sich vollständig auflöst, wobei der im Darmlumen liegende Kern a wie ein Pfropfen das Abfliessen des aus der Spitze des Pessar-Suppositoriums und aus dem Kern selbst sich bildenden, flüssigen Fettes verhindert, sodass eine Art öligen Dauerklystiers entsteht. Somit kann nun die Peristaltik ohne Beschwerden vor sich gehen, und ausserdem werden Entzündungen, Blutandrang nach den Haemorrhoiden und Blutung aus ihnen, sowie Jucken und Brennen am After gemildert respektive ganz verhütet. Man könnte nun annehmen, dass der Kern a sich im Darmlumen verschiebt und alsdann die beabsichtigte Wirkung nicht ausüben werde. Die bisherigen Erfahrungen haben aber ergeben, dass der Kern a nach seiner Einführung in das Rectum thatsächlich seine Längsrichtung im Darmlumen beibehält, was durch häufige Digitaluntersuchung bestätigt wurde: auch sorgt schon die Peristaltik der Darmwände dafür,

dass eine Verschiebung des Kernes a nicht stattfinden kann. Das Pessar-Suppositorium wird am besten frühmorgens eingeführt, und so den Tag über getragen, sodass es seine gute, angenehme Wirkung während des ganzen Tages ausübt und auch den folgenden Stuhlgang dadurch angenehm macht, dass es die Spitze des sich bildenden Sterkus abgiebt, und mit diesem fortgeht, wobei eine leichte, schmerzlose Defäcation eintritt. Nach jedem Stuhlgang soll wieder ein neues Pessar-Suppositorium eingeführt werden. Diese Erneuerung des Pessar-Suppositoriums muss längere Zeit durchgeführt werden, wenn man eine Dauerwirkung auf die Haemorrhoiden ausüben will. Für solche Fälle, bei denen wegen entzündeter oder eiternder Stellen an den Haemorrhoiden oder Darmwänden oder wegen schmerzender Fissuren ein desinficirendes oder granulationsbildendes, also wundheilendes Mittel nöthig ist, kann die Hülle b, die ja aus einer leicht löslichen Masse besteht, mit einem solchen Mittel imprägnirt werden. Treten heftige Blutungen aus den Haemorrhoidalknoten auf, so kann ein Pessar-Suppositorium zur Anwendung gelangen, dessen leicht schmelzende Hülle mit einem blutstillenden Mittel, wie Adrenalin oder einem andern Styptikum, imprägnirt ist. (Medic. Klinik 1907 Nr. 6.)

— Die **Behandlung der Haemorrhoiden mit Carbol-Alkohol-injectionen und ihre zweckmässige Ausführung mittels temporärer Drahtligatur** empfiehlt Dr. Erwin Franck (Berlin). Ueber die Technik, die von jedem prakt. Arzt leicht zu beherrschen ist, sagt Autor: „Nachdem der Pat. an dem der Operation vorangehenden Tage diät gehalten ist, am Morgen des Operationstages selbst ergiebig entleert hat, erfolgt vorerst mit Wasser und Seife gründliche Säuberung der Umgebung des Afters, sowie Rasur der dortselbst vorhandenen Haare. Nachdem dies geschehen, wird in Steinschnittlage (Querbett) rund um die Haemorrhoidalknoten herum in ungefähr 1—2 cm Abstand nach Schleich oder durch eine fortlaufende Reihe subcutaner Stovaininjectionen (Sol. Stovaïn. Riedel 1%) anästhesirt. Noch ehe diese vorbereitenden Maassnahmen in Angriff genommen wurden, hat der Arzt eine Pravazspritze mit frisch verschriebener 50%iger Carbol-Alkohollösung vollgezogen und zum Gebrauch fertig bereitgelegt. Aufgabe des Assistenten (Krankenschwester, Hebamme) bleibt es dabei, von Beginn an die Beine des Pat. adducirt und etwas gespreizt festzuhalten, um plötzlichen Bewegungen derselben

und damit verbundenen unvermeidlichen Verschiebungen des Operationsfeldes vorzubeugen. Nunmehr nimmt man einen Polypenschnürer, wie solcher bei der Behandlung von Nasenkrankheiten verwendet wird. Derselbe ist mit einem mittelstarken Draht armirt, dessen Oeffnung ungefähr der Grösse des zuerst vorzunehmenden Haemorrhoidalknotens entspricht. Nachdem noch vorher die Umgebung des Anus, sowie die Hinterbacken überhaupt mit Carbolöl oder Borvaseline genügend eingefettet sind, wird die Schlinge um die Basis des Knotens gelegt und langsam bis zur völligen Compression der zuführenden Blutgefässe angezogen. Geschieht dies nicht zu rasch, so schwillt der Knoten währenddessen ad maximum an. Sitzt derselbe zum Theil in der Analöffnung, so ist es zweckmässig, abzuschnüren, während man den Pat. gleichzeitig pressen lässt. Es wird hierdurch erreicht, dass derartig verborgene Knoten deutlich hervortreten und die verschiedenen Taschen und Falten dieser varicösen Gebilde durch den Druck des am Abfluss behinderten Blutstromes sich ausdehnen, wodurch die alsbald erfolgende Injection natürlich erleichtert wird. Ist die Drahtschlinge in solcher Weise fest angezogen, so hält der Operateur sie entweder mit der linken Hand in dieser Stellung fest, oder er fixirt ihre Lage mittels einer am Schlitten des Polypenschnürers angebrachten Schraube. Wir geben dem ersteren Vorgehen dabei den Vorzug, weil der Umfang des Druckes, bezw. der Compression des Varixstiels dann mehr dem subjectiven Ermessen des Operateurs anheimgestellt bleibt. Mit der rechten Hand ergreift man nun die bereitliegende Spritze, sticht tief in den Knoten hinein und injicirt etwa $^1/_5$ bis $^1/_3$ des Spritzeninhaltes. Wir rathen entschieden dazu, nur an einer Stelle zu injiciren, da dies vollkommen genügt und die Carbol-Alkohollösung äusserst schnell sämmtliche Hohlräume des Knotens durchdringt. Spritzt man an mehreren Stellen ein, so strömt meist das Injectum sogleich zur ersten Stichöffnung wieder heraus, was, da der Inhalt des Knotens unter hohem Druck steht, so vehement geschehen kann, dass bis in das Gesicht des Operateurs kleinste Teilchen der Mischung von Blut und Carbol-Alkohol geschleudert werden. Andererseits bewirkt das Ueberströmen der Lösung keine Hautverbrennung, wenn die Haut vorher nur genügend eingefettet wurde. Sofort nach der Injection, die beinahe schmerzlos ist, wird der Knoten zuerst graublau, dann weisslich, und verhärtet zusehends, bis er nach etwa 5 bis 10 Minuten völlig hart

geworden ist. Constatiren wir dies, so erfolgt in vorsichtiger Weise die Lösung der Schlinge. Es werden dazu die Klemmschrauben gelockert und die Drahtenden damit zuerst frei gemacht, worauf der Schlingenführer sich leicht über dieselben nach abwärts herabziehen lässt. Die Schlinge selbst, welche jetzt nur noch an dem Knoten festhängt. wird dann einfach auseinander gefaltet und abgenommen. In der gleichen Art wird nun der nächstfolgende Knoten vorgenommen, und wenn irgend möglich, in einer Sitzung die Beseitigung aller Haemorrhoidalgebilde angestrebt. Hat man dies erreicht, so erfolgt gründliche Bestäubung des ganzen Operationsgebietes mit Wismuth- oder Dermatolpulver und nachfolgendes Einlegen einer kleinen Menge von Wismuthgaze (Bardelebens Brandbinde) oder Dermatolgaze in die Analfurche. Jodoform benutzen wir niemals, da es gerade an den Uebergangsstellen der äusseren Haut zur Schleimhaut leicht reizend wirkt und dann äusserst peinigende, schwer heilende Ekzeme verursacht. In den ersten Tagen pudert man täglich, giebt am dritten oder vierten Tage Ol. ricin. und lässt den Pat. vom vierten oder sechsten Tage ab auf das Sofa übersiedeln, bezw. aufstehen. Der Termin hierfür hängt natürlich von dem Umfang der Operation ab. Am siebenten bis achten Tage, oft schon früher, sind die mehr und mehr geschrumpften Knoten abgefallen, und es liegen nunmehr entsprechende Wundflächen zu Tage. Man beendige dann zweckmässig die trockene Behandlung und lasse mehrmals des Tages Umschläge mit essigsaurer Tonerdelösung machen. Bis die necrotischen Parthien sich völlig abgestossen haben, die Wundflächen gänzlich überhäutet sind, können Zeiträume von 3 bis 4 Wochen verstreichen, wobei mit Lapis oft nachzuhelfen ist. Den Pat. belästigt selbst dieser Zustand in keiner Weise, selbst in den schlimmsten Fällen ist er in der Regel 8 bis 10 Tage nach dem Eingriff wieder im Stande, seinen Geschäften unbehindert nachzugehen. Natürlich muss in den ersten 3 bis 4 Tagen die Ernährung in vorsichtiger Weise überwacht und Morgens wie Abends eine Temperaturmessung vorgenommen werden. Da die Abheilung in Form eines trockenen Schorfes erfolgt, pflegt sich Fieber nicht einzustellen, wenigstens ist es niemals von uns beobachtet worden. — Es findet die eben geschilderte Behandlung chronisch entzündeter oder blutender Haemorrhoidalknoten ihre vornehmste Indication bei allen denjenigen Pat., die wegen ihres Alters oder sonstiger Leiden den Gefahren eines grösseren chirurgischen Eingriffs,

von allem einer Narcose, nicht ausgesetzt werden dürfen". Eine Contraindication bildet die Anwesenheit tiefer Fissuren; auch bei zu umfangreichen H., sobald dieselben als ein mächtiger Strauss von Knoten den After umstehen, muss man von dieser Methode absehen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 8.)

Intoxicationen. Einen **Fall von Vergiftung mit dem Safte der Schoten von Cytisus Laburnum (Goldregen)** beschreibt Dr. Schalencamp (Crombach). Ein 2jähriges Kind, zu dem Autor eines Mittags um 1 Uhr gerufen wurde, hatte Vormittags im Garten gespielt und zwischen 11 und ½12 Uhr Schoten angenagt. Um 12 Uhr beim Mittagessen wollte es nichts geniessen und wurde schläfrig. Es stellte sich jetzt heraus, was das Kind im Garten gethan hatte und man fand auch 5 angenagte Schoten. Das Kind erhielt süsse warme Milch, worauf etwas Erbrechen erfolgte. Sein Aussehen veränderte sich aber bedrohlich. Als Autor es um 1¼ Uhr sah, war es völlig bewusstlos. Cornealreflex erloschen, Pupillen maximal dilatirt, Puls 88, klein, flatterig, Athmung gross, in Absätzen, hin und wieder im Cheyne-Stokes'schen Typus, Temperatur subnormal, Haut kalt, klebrig. Sofort Magenspülung; es kam nur Schleim. Frottirung des Körpers mit Alkohol, innerlich Tokayer und heisser Kaffee. Pupille jetzt stecknadelkopfklein, Athmung röchelnd, tiefste Bewusstlosigkeit. Es wurde jetzt mit dem Magenschlauch eine Aufschwemmung groben Lindenkohlenpulvers eingegossen. Nach 5 Minuten colossales Erbrechen mit Entleerung copiöser Schleimmassen und Speiseresten. Das Erbrechen wiederholte sich noch 6 Mal. Gleichzeitig mehrfache Darmspülungen. Lagerung zwischen Wärmflaschen, Frottirung mit Alkohol, intern Tokayer und Kaffee. Um 4 Uhr Pupillen wieder halb in Dilatation, Puls 108, kräftiger, Haut warm, Athmung nicht mehr röchelnd, nicht aussetzend, regelmässig. Um 5 Uhr wieder Erbrechen, worauf das Kind schreit. Gute Nacht. Am andern Morgen verlangt Pat. Nahrung. Es bleibt Magenreizbarkeit bestehen, sowie ein leichter, fieberhafter Bronchialkatarrh; beides verschwand in 8 Tagen. — Der Fall zeigt die immense Giftigkeit des Goldregens resp. seines Giftes, des Cytisins. Das Kind hatte nur etwa soviel wie eine weisse Bohne genossen. Autor schreibt den Erfolg der irritirenden Wirkung der Lindenholzkohlenpartikelchen zu. Husemann empfiehlt Holzkohle zur Absorption des Cytisins; aber sie scheint doch nur dadurch

zu wirken, dass sie colossales Erbrechen hervorruft und so viel Giftmengen entfernt. Jedenfalls müsste, wenn man den Goldregen nicht ganz ausrottet, jeder Besitzer auf die immense Vergiftungsgefahr aufmerksam gemacht werden.

(Therap. Monatshefte, Januar 1907.)

— Einen **Beitrag zur Frage der acuten Opiumvergiftung** liefert Dr. K. Halbey (Freiburg i. Br.). Bei einer 59jährigen, seit Jahren an mechanisch-depressivem Irresein leidenden Pat. leitete er wegen der Depressionszustände eine Opiumcur ein und verordnete 100 Pillen à 0,05 Opium purum. Am 30. October, als Pat. 16 Pillen verbraucht hatte, erwischte sie die Pillenschachtel um 6 Uhr Nachmittags, die Pillen verschwanden. ½ Stunde später war Autor zur Stelle. Pat. erzählte genau, wie sie die Pillen genommen. Die sofort ausgeführte körperliche Untersuchung ergab jedoch nicht den geringsten Anhalt für eine Opiumvergiftung, und so glaubte Autor, dass die Pat. eine Comödie inscenire. Trotzdem nahm er sofort eine Magenspülung vor. Auch diese lieferte nicht den geringsten Anhalt für eine Vergiftung. Das sofort im Anschluss an die Spülung auftretende Erbrechen lieferte ebenfalls nichts, was auf den Genuss von 84 Opiumpillen schliessen liess, und Autor verzichtete auf die Darreichung eines Brechmittels. Inzwischen waren 1½ Stunden vergangen, und noch immer fehlte jede Intoxicationserscheinung. Erst um 10 Uhr meinte Pat., sie werde müde und wolle schlafen. Im Laufe von 10 Minuten verfiel sie jetzt, 4 Stunden nach Aufnahme des Giftes, in tiefes Coma, aus dem sie nicht mehr erwachte. Pupillen jetzt bis auf ein Minimum verengt, sämmtliche Reflexe erloschen, Extremitäten wie gelähmt, absolute Anästhesie am ganzen Körper. Atropinbehandlung. In der Nacht verschiedene Anfälle von Herzschwäche; Excitantien, künstliche Athmung. Am nächsten Morgen um 9 Uhr Exitus in Folge von Herzschwäche. Auch die Section ergab nichts, was auf den Genuss der Pillen schliessen liess: nicht die Spur einer Pille zu finden, Magen- und Darminhalt weder verfärbt, noch mit Geruch nach Opium. Auch die chemische Untersuchung ergab nur minimale Spuren von Morphin im Mageninhalte, im Darminhalte gar nichts! Opiumvergiftung hatte zweifellos vorgelegen. Wo waren die 84 Pillen hingekommen? Konnten sie in 15 Stunden so vollständig verdaut sein? Der Fall bot also recht interessante Momente dar. Auch in Beziehung auf die Magenspülung, auf deren

Erfolg bauend Autor von Darreichung eines Emeticums Abstand nahm. Versuche, die Prof. Schüle (Freiburg) anstellte, ergaben jetzt auch, dass die Spülung, wenn man Pillen damit entfernen will, gänzlich versagt. Autor zieht aus seiner Beobachtung folgende Schlüsse: dass

1. bei Vergiftungen mit Opium in Pillenform die Darreichung eines energisch wirkenden Brechmittels in erster Linie am Platze ist, und dass eine Magenausspülung selbst mit Sonden weitesten Calibers (Prof. Schüle) völlig zwecklos, im Gegentheil sogar gefährlich ist, indem der Ausfall die Beurtheilung der Schwere der Vergiftung trübt, resp. diese selbst als nicht bestehend erscheinen lässt,
2. die Zeitdauer bis zum Eintreten der ersten Vergiftungserscheinungen, die selbst bei sehr grossen Dosen des Giftes, wie in unserem Falle, beträchtlich sein kann, nicht den geringsten Anhalt für das wirkliche Bestehen der Vergiftung giebt;
3. das Fehlen jeglicher Vergiftungserscheinungen über eine erheblich lange Zeit, das subjectiv mit der Menge des Giftes nicht in Einklang zu bringen ist, unter keinen Umständen objectiv die Beurtheilung der Gefahr beeinträchtigen darf, selbst nicht bei Pat., die einer Comödie fähig sind.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1906 No 24.)

— Eine **Glossitis saturnina** beobachtete Dr. M. Joseph (Berlin) bei sich selbst. Er bekam eine stark belegte (grauweisser Belag, aus lauter kleinen Erhebungen bestehend), erheblich verdickte (1/4 dicker als normal), schmerzhafte Zunge und abnorme Trockenheit im Mund. Eine Ursache liess sich nicht eruiren, die Verdauung war ganz in Ordnung. Endlich kam Autor auf den Gedanken, es könnte etwas an den Zähnen die Schuld tragen. Er hatte sich einen cariösen Mahlzahn plombiren lassen, und zwar zunächst mit einer Guttaperchaplombe, die erst einige Monate getragen werden sollte. Autor ging zu dem Zahnarzt, der zuerst auch nichts Besonderes entdecken konnte. Als er aber die Plombe entfernte, fand sich, in dieselbe eingekeilt, ein bleihaltiges Schrotkorn (Rehposten). Dies war jedenfalls beim Essen eines Wildstückes in die weiche Plombe eingedrungen, hatte 2 Monate so im Munde verweilt und die Intoxication bewirkt. Nach seiner Entfernung besserte sich der Zustand sehr bald und das Leiden verschwand nach wenigen Tagen. Die kleine Bleikugel hatte nur

local gewirkt, weil offenbar sehr wenig Gift von ihr in die allgemeine Circulation eingedrungen war. Bei unklaren Zungenerkrankungen denke man jedenfalls an derartige Vorkommnisse. (Dermatolog. Centralblatt Februar 1907.)

— **2 Fälle von Atoxylintoxication** beschreibt Dr. M. Brenning (Berlin). Im 1. Falle hatte ein 18jähriger Pat. wegen Psoriasis zunächst an 5 aufeinanderfolgenden Tagen 0,04, 0,08, 0,12, 0,16 und 0,2, sodann jeden 2. Tag 0,2 Atoxyl subcutan erhalten. Nach der 7. Injection von 0,2 erkrankte er unter Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes, Mattigkeit, Fieber (bis 39,70°), Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schwerhörigkeit, Trockenheit im Halse, völliger Urinretention, Harndrang, trockenem Husten, später Somnolenz, sodass er den Eindruck eines Typhuskranken machte. Die Injectionen wurden ausgesetzt, nach wenigen Tagen war der Zustand behoben. Im 2. Falle waren ebenfalls wegen Psoriasis Atoxylinjectionen gemacht worden, erst 4 kleinere, dann 8 Mal in 2tägigen Pausen 0,2. Auch dieser Pat. erkrankte bald nach der 8. Injection, und zwar mit den gleichen Erscheinungen, wie der 1. Kranke. Es waren also die I. nach 1,8 g resp. 2 g Atoxyl eingetreten, also ungefähr nach den gleichen Dosen. Bemerkenswerth war ferner die Gleichheit des Krankheitsbildes, speziell die bei beiden Pat. eingetretene Schwerhörigkeit und Urinretention. Die Vergiftungserscheinungen waren zum Theil dem Arsen, zum Theil dem Anilin zuzuschreiben. Jedenfalls zeigen die beiden Beobachtungen, dass man mit Atoxyl recht vorsichtig sein muss; man sollte nicht jeden 2. Tag, sondern nur 2 Mal in der Woche 0,2 g injiciren.

(Ibidem.)

Mastitis. Die **Behandlung von 12 Mastitiden mit Saugapparaten** beschreibt Dr. Hartmann (Berlin-Wilmersdorf). Autor hat mit der Saugbehandlung bei M. geradezu überraschende Resultate erzielt. Nachdem er kürzlich aus einer Veröffentlichung über einen „nach Bier" behandelten Fall von M. ersehen hatte, wie falsch die Saugbehandlung noch immer gehandhabt wird, erscheint es ihm nöthig, nochmals einiges über die Technik vorauszuschicken. Dort wurde nämlich bei einer M. auf eine handtellergrosse, geröthete, schmerzhafte Schwellung mit grossem, fluctuirendem Abscess in der Mitte ein Saugglas von nur 5 cm Durchmesser aufgesetzt, das durch seinen Druck auf die entzündete Parthie einen Ohnmachtsanfall der Pat. in

Folge sehr grosser Schmerzen hervorrief. Der Abscess wurde nicht gespalten, brach aber am vierten Behandlungstag spontan durch, worauf schon am nächsten Tage mit der Saugbehandlung aufgehört wurde, während die M. erst am 18. Tage abgeheilt war. Die hier gemachten Fehler sind folgende:

1. Das Unterlassen einer kleinen Incision, die hier sofort hätte gemacht werden müssen und mit Hilfe von Aethylchlorid schmerzlos für die Pat. gewesen wäre. Bier hat erst auf dem Chirurgencongress 1906 wiederholt, dass trotz eingeleiteter Stau- oder Saugbehandlung stets möglichst frühzeitige Stichincisionen gemacht werden sollen.

2. Das Aufsetzen eines Saugglases von nur 5 cm Durchmesser bei einer Röthung und schmerzhaften Schwellung von Handtellergrösse. Hier musste ja der Rand des Saugglases auf das entzündete Gewebe drücken und so die erwähnten enormen Schmerzen auslösen, während ja gerade die Schmerzlinderung die erste und auffallendste Erscheinung bei richtiger Anwendung des Bier'schen Verfahrens ist. Bier giebt in seinem Buch „Hyperaemie als Heilmittel" an: „Bei der M. legt man eine Saugglocke an, deren Durchmesser etwa 2—4 cm kleiner ist als der der Brustdrüse". Nach dieser Vorschrift selbst wäre Autor nicht immer ausgekommen. Er hatte mehrmals 2 gleichzeitige Abscesse an direct gegenüberliegenden Seiten der Peripherie der Mamma zu behandeln gehabt, bei denen er nur eine besonders grosse Glocke mit einem Durchmesser von 15 cm Lichtung hatte anwenden können, die für solche Fälle und bei grosser Mamma nur gerade ausreicht. Am meisten benutzt er eine Glocke von 12 cm Lichtung, räth aber, nicht unter 10 cm herunterzugehen. Er hyperaemisirte in täglicher Sitzung 3—4—5 Mal je 5 Minuten mit je 3—5 Minuten Pause. Pausen von 1—2 Minuten hält er für zu kurz, da sich das Gewebe inzwischen nicht genügend erholt. Eine Sitzung dauert also ½—1 Stunde. In allen seinen Fällen blieb, obwohl die gesunde Brust das Kind genügend stillte, in der kranken Mamma die Milchentleerung fast ganz aus, vielleicht weil die etwas grösseren Glocken nicht so, wie Bier das beschreibt, durch Druck auf die peripheren Mammaparthien die Milch herauszupressen im Stande waren. Da die Mamma jedoch so weniger gereizt wird, versiegt die Milchsecretion überhaupt schnell. Autor sieht darin also nur einen Vortheil. Die Milch, die sich eventuell unter der Einwirkung der Saugglocke in den Milchausführungsgängen

ansammelt, saugt er, besonders am Schluss der Sitzung, mit kleinem Schröpfkopf von 3—5 cm Durchmesser aus der Mammilla direct ab. Sonst bleibt Milch retinirt und öffnet neuen Infectionen geradezu Thür und Thor. Die kleinen Schröpfköpfe kann man auch dazu benützen, um den Eiter gelegentlich, besonders wenn die kleine Incisionsöffnung durch Blutgerinnsel, eingedickten Eiter oder einen necrotischen Gewebsfetzen verlegt ist, gründlicher auszusaugen. Oefter wird man Sonde, Pincette oder Kornzange zu Hilfe nehmen müssen. Wenn der Wundcanal durch das Heraufsaugen der nach aussen gezogenen Wundränder sich unterhalb der Hautoberfläche lippenförmig schliesst durch Aneinanderlegen der Wände des Canals. ist ein dünnes, längeres Drain aus Gummi einzuführen, durch welches der Eiter sofort wieder leicht abgezogen werden kann. Zu diesem Ventilverschluss ist eine zu lebhafte Granulationsbildung gar nicht nöthig. Autor hat mit seltenen Ausnahmen das Drain nie unter dem Verband liegen lassen, sondern fast stets gefunden, dass die Wunden, deren oberste Ränder ja bei jeder Sitzung sozusagen auseinandergesogen werden, sich nicht eher schliessen, als bis die Eiterproduction aus der Tiefe aufgehört hat und eine blutig-seröse oder reinsersöse Flüssigkeit entleert, die die Wundheilung nur begünstigt. Deshalb heilen auch wohl solche Wunden nachher plötzlich sehr schnell. Auch sehen unter der Saugbehandlung stehende Wunden stets frisch roth, gesund aus, vorher schmutzige reinigen sich auffallend rasch.

3. Als dritter Fehler ist Autor in der oben erwähnten Abhandlung aufgefallen das zu schnelle Aufhören mit der Saugbehandlung. Es kommt öfter vor, dass bei ungenügender, resp. zu früh abgebrochener Behandlung der entzündliche Process verschleppt, resp. sofort verschlimmert wird oder bald ein Recidiv auftritt. Deshalb ist die Behandlung möglichst lange, wenigstens bis über das völlige Abklingen der acut-entzündlichen Erscheinungen und das Aufhören der Eiterung hinaus auszudehnen.

Autor machte nicht wie Bier trockene, sondern stets recht grosse, feuchte Verbände mit essigsaurer Thonerde und war damit sehr zufrieden. Er resumirt über die Saugbehandlung bei M. folgendermassen:

1. Die Saugbehandlung wirkt schmerzlindernd und fieberherabsetzend.
2. Ganz frische, acute Mastitiden werden in 3—5 Tagen coupirt ohne Incision.

3. Frische, doch schon abscedirte Mastitiden heilen mit kurzen Incisionen noch evtl. in 4—7 Tagen, alle anderen in der 2—3. Woche, durchschnittlich in 16 Tagen, also schneller als bei allen früheren chirurgischen Methoden.
4. Cosmetisch wie functionell leistet die Saugbehandlung geradezu Grossartiges.
5. Die subacuten, knotigen, nicht eitrigen Formen der M. sind ungeeignet für die im Wesentlichen passive Hyperaemie der Saugbehandlung, hier leistet die active Hyperaemie in Form von Priessnitz'schen Umschlägen, später Massage. mehr.
6. Die meist schon etwas älteren Fälle mit vorher erfolgtem Spontandurchbruch des Eiters brauchen die längste Heilungsdauer.
7. Das (Probe-) Ansaugen bezeichnet durch sofort auftretende circumscripte, stärkere Röthung der Haut genau den Ort der Infiltration oder des Abscesses, so dass schon sehr frühzeitig und am richtigen Ort der Abscess incidirt werden kann. Die frühe Diagnose, speciell die genaue Localisation, somit auch die richtige Therapie, wird also durch die Saugbehandlung bestens gefördert.
8. Abscesse kommen unter der Saugbehandlung schnell an die Oberfläche durch Einschmelzung der Infiltrate; neue, während derselben auftretende, sind ihr als solcher wohl nur selten zur Last zu legen.
9. Entzündliche, „heisse" Processe werden bald zu „kalten". Bei zu frühem Aufhören der Saugbehandlung werden dieselben aber in die Länge gezogen oder sogar zu neuen, heissen Entzündungen verschlimmert. Auch spontane Erkaltung ohne Saugbehandlung kommt vor.
10. Früher spontan aufgebrochene oder incidirte Fälle, die schon so gut wie ausgeheilt erscheinen, fangen unter der Saugbehandlung manchmal von neuem an, aus der alten Fistel stark zu eitern, anscheinend öfter unnöthiger Weise.
11. Abscesse sind auch bei der Saugbehandlung stets und so bald als möglich zu incidiren, da nicht auf Resorption des Eiters durch die Saugbehandlung allein gerechnet werden darf, wenngleich dieselbe auch einmal eintreten kann. Die Schnitte müssen 1—2—3 cm lang sein.

12. Drainage mit Gaze oder Gummidrains ist, abgesehen vielleicht vom ersten Verband, meist unnöthig oder sogar schädlich, da hinter einem, auch lockeren Tampon in sehr kleiner Wunde sehr leicht Eiterverhaltung, evtl. mit neuem Fieber und Schmerzen eintritt und da die Wunden, wenn sie nicht allzuklein sind, bei der Saugbehandlung meist von selbst solange offen bleiben, als Eiter abgesondert wird. Die Saugapparate ersetzen die Drainage. Bei stark in die Tiefe gehenden Abscessen ist aber oft ein dünnes, längeres Gummidrain indicirt, da sonst öfter der Wundcanal in der Mitte zuheilt und der entfernteste Abscesstheil sich so von Neuem abkapselt. Bei etwaigem Ventilverschluss ist beim Ansaugen ein Drain temporär einzulegen.
13. Ausdrücken der Wunden ist zu vermeiden, auch ganz zwecklos, da das Ansaugen mit Saugglocke resp. kleinem Schröpfkopf den Eiter viel besser und ohne Schmerzen herausbefördert. Bei Wundverschluss durch Blutgerinnsel, Borken, Pfröpfe, necrotische Fetzen ist Sonde, Pincette oder Kornzange anzuwenden. Um Retention von Milch zuvermeiden, wird dieselbe am Schluss jeder Sitzung mit kleinem Saugglas abgesogen.
14. Die eitrige Secretion hört unter der Saugbehandlung meist bald auf, wird bald serös. Die Wunden heilen dann rapid unter sehr guter Narbenbildung; früher schmierig belegte zeigen sehr bald gesunde Granulationen.
15. Die Saugapparate dürfen nicht mit ihrem Rand auf entzündete Parthien drücken, da sie sonst Schmerzen verursachen, die Infectionsstoffe in gesundes Gewebe weiter hineinpressen und so den Process verschleppen. Daher soll man bei der Mastitis nur Saugglocken von 10—12—15 cm Lichtungsdurchmesser gebrauchen, in welche fast die ganze Mamma hineinpasst. Kleinere Schröpfköpfe sind nur gelegentlich bei stagnirendem Eiter und dann auch nur auf kürzeste Zeit anzuwenden.
16. Die Saugbehandlung ist sorgfältig und bis über das Abklingen der entzündlichen Erscheinungen hinaus auszuführen, da sonst evtl. Recidive eintreten oder der Fall länger hingeschleppt wird. Auch wenn keine Secretion mehr da ist, also direct nichts mehr

abgesogen werden kann, leistet die Hyperaemie als solche noch viel zum schnelleren Gesunden durch Resorption der Infiltrate.

(Münch. med. Wochenschr. 1907 No. 6.)

Obstipatio. **Erfahrungen über die Behandlung der O., besonders der chronischen habituellen Form, mit Regulin und Pararegulin,** publicirt Oberarzt Dr. G. Schellenberg (Lungenheilstätten Beelitz i. d. Mark). Autor unterscheidet drei Gruppen seiner Pat.

1. Pat. mit regelmässigem, aber verhärtetem Stuhl.
2. Pat. mit vorübergehender O.
3. Pat. mit chronischer habitueller O.

Regulin wurde in Dosen von 1 Theelöffel (etwa 1,2 g) bis zu 2 Esslöffeln (etwa 7,2 g), den männlichen Pat. am häufigsten esslöffelweise (etwa 3,6 g), den weiblichen zu 2 g gegeben (und zwar entweder Morgens oder Mittags, was keinen Unterschied in der Wirkung ausmachte) in Brei und Schleimsuppen. Es machte keine Beschwerden. Pararegulin, von dem dreimal täglich eine Kapsel neben Regulin gegeben wurde, kam bei sieben Fällen der dritten Gruppe zur Anwendung; in vier Fällen wurde Erfolg, zweimal Besserung erzielt, einmal versagte es. In den vier Fällen unterstützte es die Regulinwirkung auf's Beste. Im Ganzen wurden 29 Fälle behandelt, davon 19 mit Erfolg (14mal wesentliche Besserung). Von 19 Fällen der dritten Gruppe wurde elfmal voller Erfolg erzielt, dreimal Besserung. Regulin hatte im Ganzen in 73,7 % der Fälle offensichtliche Wirkung, sodass man es bei chronischer O., besonders mittelschweren, nicht allzulange bestehenden Formen empfehlen kann, namentlich da es, wenn auch etwas langsam, dafür aber ohne alle Belästigungen wirkt. Bleibt Erfolg aus, so steigere man die Dosis und füge noch die Ordination von Pararegulin hinzu.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 48.)

— **Ovogal,** das Albuminat der Glyko- und Taurocholsäure, hat Dr. K. Linhart (Berlin) mit gutem Erfolg angewandt. Es besitzt allen anderen gallentreibenden Präparaten gegenüber den Vorzug, ein natürliches Heilmittel darzustellen, welches den reinen Ausscheidungsprocess begünstigt, ohne irgendwelche Nebenwirkungen auszulösen. Es wird ausnahmslos gut vertragen und ist besonders angezeigt bei Hyperchlorhydrie des Magens, bei O. (besonders der Chlorotischen), welche auf mangelhafter Peristaltik beruht, bei

Leber- und Gallenleiden, bei Pancreasaffectionen, sowie als Prophylacticum bei Cholelithiasis. Man giebt es mehrmals täglich messerspitzen- oder theelöffelweise mit Wasser, Thee, Kaffee etc. Empfehlenswerth ist auch folgende Ordination:

Rp. Ovogal. 40,0
Elaeosacch. Menth. pip. 10,0
S. Mehrmals täglich 1/2 Theelöffel voll.

Für sehr empfindliche Pat. giebt es Schachteln mit 50 Gelatinekapseln à 1/2 g Ovogal. Autor schätzt Ovogal vor Allem als vorzügliches, natürliches Mittel zur Regelung des Stuhlgangs, welches die Ursache so vieler atonischer Darmzustände, die mangelhafte Gallensecretion beseitigt, indem es die Galle zu erhöhter Thätigkeit anregt.

(Allgem. med. Central-Zeitung 1907, No. 10.)

— Auch Dr. Rahn (Dresden) hat sich **Ovogal** bestens bewährt bei O., Magendarmverstimmungen mit Stuhlträgheit, Darmkatarrhen, Haemorrhoidalbeschwerden, Cholelithiasis etc.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 10.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. **Ueber den Einfluss des Chinins auf die Wehenthätigkeit des Uterus** hat Dr. A. Mäurer (Universitäts-Frauenklinik Giessen) in 78 Fällen Chinin zur Anwendung gebracht, 63mal zur Wehenanregung oder -verstärkung intra partum und 15mal zur Behandlung des Abortes. In 61 Fällen (78,2%) wurde eine deutliche Wirkung beobachtet, wobei es gar nichts ausmachte, welches Chininpräparat benützt wurde. Die Verabreichung erfolgte subcutan oder per os. In ersterem Falle wurde eine Lösung von Chinin. bisulfuric. (2,0 : 30,0), 0,4 g Chinin injicirt, wobei von sieben Fällen fünfmal ein gutes Resultat erzielt wurde. Da die Methode aber umständlich und auch schmerzhaft ist, geschah später die Darreichung fast nur noch per os. Es wurde 1 g gegeben (in Oblaten, hinterher etwas Kaffee), wenn nöthig, nach zwei Stunden nochmals 1 g, event. nach fünf bis sechs Stunden nochmals, also innerhalb 12 Stunden bis zu 3 g. Ungefähr 1/2 Stunde, manchmal etwas früher, manchmal auch später, nach Verabfolgung des Chinins traten in grösseren Zwischenräumen leise Wehen auf, die sich allmählich verstärkten, oder bestehende, seltene, schwache Wehen wurden kräftiger und häufiger. Nach

$^3/_4$—1 Stunde wurde in den meisten Fällen eine normale Wehenthätigkeit beobachtet, die in der Regel dann bis zur Austreibung anhielt; in anderen Fällen war es nöthig, durch wiederholte Chiningaben die wieder nachlassende Wehenthätigkeit von Neuem anzuregen. In 50 Fällen wurde das Chinin intra partum gegeben zur Anregung kräftigerer Wehen; dabei handelte es sich 44mal um Schädellagen, 4mal um Beckenendlagen, 2mal um Querlagen. In 42 Fällen wirkte Chinin unzweifelhaft; in 10 Fällen von vorzeitigem Blasensprung, in denen die Wehenthätigkeit gleich Null war, gelang es kräftige Wehen anzuregen, und so die Geburtsdauer bedeutend abzukürzen. Nur selten brauchten 3 g Chinin angewandt zu werden. Gerade in jenen Fällen, in denen nach dem Blasensprung die Frauen noch Tage lang ohne Wehen daliegen, hat sich Chinin als sehr werthvolles Hülfsmittel erwiesen. Auch in den Fällen, in denen die Hystereuryse angewandt und gleichzeitig Chinin verabreicht wurde, wurden mit letzterem recht gute Resultate erzielt. Es wurden bisher in 14 Fällen von künstlicher Frühgeburt Chinin gegeben und dabei in neun Fällen gute Wirkung erzielt; es handelte sich stets um enge Becken. Bisher wurde für die Erledigung einer künstlichen Frühgeburt mittels Hystereurynters immer eine Zeit von 10—12 Stunden im Minimum gerechnet. Bei Chinindarreichung gelang es, zweimal die Geburtsdauer auf $4^1/_2$, einmal auf 6 und zweimal auf $8^1/_2$ Stunden zu reduciren. 14mal wurde Chinin beim Abort erprobt, davon 10mal mit positivem Erfolge. Es ist von grosser Bedeutung, nunmehr ein Mittel zu haben, welches unter Umständen eine Ausräumung des Abortes auf operativem Wege überflüssig macht; es scheint, als ob das Chinin den abortirenden Uterus zur spontanen Eiausstossung anregt. Von Nebenwirkungen des Chinins ist nicht viel zu vermerken gewesen; nur trat bei der Mutter in sieben Fällen Ohrensausen auf, das aber stets nach kurzer Zeit wieder verschwand. Chinin ist ein in jeder Hinsicht unschädliches Mittel, das unstreitig einen wehenverstärkenden, vielleicht auch einen wehenerregenden Einfluss auf den Uterus ausübt. Es ist ganz besonders als Wehenmittel empfehlenswerth, abgesehen von seiner Unschädlichkeit, weil es eine physiologische Wehenthätigkeit hervorruft. Von ganz besonderem Werthe ist es bei der künstlichen Frühgeburt und bei der Behandlung des Aborts zur Verstärkung der sonstigen Wehenreize. Wenn wir die Wehenschwäche erklären können durch die Annahme einer geringen Empfin -

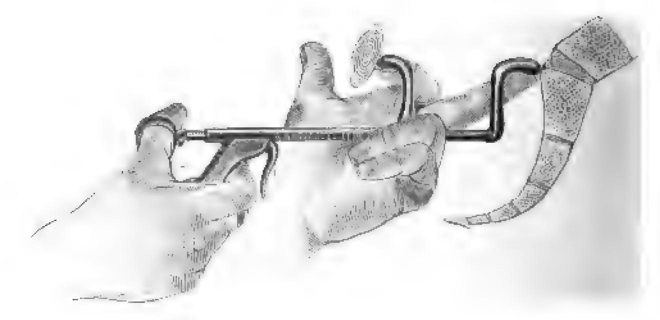
lichkeit des Uterusmuskels gegen die im einzelnen Falle vorliegenden Reize, so wird die Chininwirkung verständlich. wenn man annimmt, dass das Chinin die Uterusmusculatur gegen den Nervenreiz empfindlicher macht und so bei gleichbleibender Reizstärke die Reizschwelle herabdrückt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 5.)

— **Hemiathetose unter der Geburt** beobachtete Dr. S. Bauer (Allerheiligen-Hospital Breslau). Die rechtsseitige Athetose verschwand nach zwei Tagen. Da andere Anhaltspunkte fehlten, bringt Autor die Affection in Zusammenhang mit der eingetretenen schweren Blutung in Folge der vorzeitigen Placentarlösung. Ob die Reizung des linken Cerebrums, irgendwo vielleicht an einer Stelle zwischen Thalamus opticus und Cerebellum, schon durch die Anaemie allein oder durch eine kleine Blutung oder gar durch einen rasch vorübergehenden Arterienverschluss durch Embolie zu erklären ist, wagt Autor nicht zu entscheiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 5.)

— **Beckenmesser zur directen Messung der Conjugata obstetricia** nach Zweifel, verfertigt von Al. Schädel (Leipzig) wird wie folgt beschrieben: „Das geschlossene Instrument wird unter Leitung der linken Hand in die Vagina eingeführt, dann der Knopf auf dem vorspringendsten Punkt



der Symphyse angesetzt und mit den ausgestreckten zwei Fingern (Zeige- und Mittelfinger) das Promontorium aufgesucht. Die rechte Hand schiebt mit Hülfe des Daumens den Messstab unter Deckung der Linken an das Promontorium und sucht die Distanz aus, welche dem hinteren Messknopf beim Sinken des Instrumentes gerade noch gestattet am Promontorium vorbeizugehen. Sobald die unmittelbare Messung der Conjugata vera erfolgt ist, tritt

die Feststellvorrichtung (Hebel mittels Federung) automatisch ohne jegliches Schrauben in Thätigkeit, und kann hiernach das Instrument unter Deckung der Linken herausgenommen werden. Die Ablesung ist dadurch viel bequemer und auf Millimeter genau ausführbar."

(Medicin. Klinik 1907 No. 8.)

— **Aus der geburtshülflichen Landpraxis** theilt Dr. Miller (Stadsteinach) eine Manipulation mit, die ihm schon öfters bei verschleppten Querlagen, wo nicht Zeit war, collegiale Hülfe zu erwarten, wo bei längerem Zuwarten Uterusruptur drohte, recht gute Dienste geleistet hat. Er sagt darüber: „Wenn das Fruchtwasser bereits längere Zeit abgeflossen, die kindliche Schulter durch die Wehenthätigkeit tiefer gedrückt und etwa gar noch ein Arm vorgefallen ist, der, möglicher Weise hochgradig eingeschwollen, das Lumen der Vagina und damit den Zugang zur Frucht verlegt, dann weiss jeder College aus Erfahrung, wie schwierig es ist, nach oben zu kommen, um behufs Wendung auf den Fuss letzteren fassen zu können; er weiss, wie der vorgefallene und verdickte Arm für das Vordringen ein verdriessliches Hinderniss bildet; er weiss ferner, wie der Foetus, selbst wenn es mühsam gelungen sein sollte, einen Fuss desselben zu ergreifen, in dem trockenen, eng angeschlossenen Uterus sich nicht wenden will, um die erlösende Extraction der Frucht vollends zu Ende führen zu können. In solch' kritischen Fällen nun hat sich mir bewährt, mit der einen Hand in die Vagina einzugehen, den vorgefallenen Arm möglichst nach oben zu heben und durch kräftigen Druck mit den Fingern den kindlichen Körper etwas zu lüften; während dieser Lüftung des kindlichen Körpers mit der einen Hand wird gleichzeitig die zweite Hand — Handfläche gegen Handfläche — in die Vagina eingeführt, so dass gleichzeitig beide Hände des Operateurs in der Scheide sich befinden. Es wird, Dank des gewonnenen freien Raumes und des durch die eine Hand gelockerten kindlichen Körpers, für die zweite Hand erheblich leichter sein, nach dem Fundus zu kommen und einen Fuss der Frucht erreichen zu können. Aber auch bei der Wendung selbst wird die erste Hand durch Schieben im Sinne der Drehung erfolgreich zum Gelingen der Wendung beitragen können. Dieser Eingriff, den man als bimanuelle innere Wendung bezeichnen kann, wird in allen jenen Fällen zu versuchen sein, in denen man, bei länger abgeflossenem Fruchtwasser, die einhändige innere Wendung

nicht zu Stande bringt und vor die Frage der Embryotomie gestellt ist; es werden namentlich Collegen, die, auf dem platten Lande prakticirend, nur mit grossem Zeitverlust und unter sonstigen Schwierigkeiten Assistenz erlangen können, diesen bimanuellen Handgriff nicht unversucht lassen."

(Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 7.)

Syphilis. **Zur Technik der Injection unlöslicher Quecksilbersalze** lässt sich Dr. Fr. Rolshoven (Abtheilung für Hautkrankheiten der Städt. Krankenanstalt Lindenburg in Cöln) aus. Es kommen im Anschluss an Injectionen sehr schwere Quecksilberintoxicationen vor, die wohl nur zum kleinen Theil dadurch bedingt sind, dass das Injectum zufällig in die Blutbahn gelangte. Oft kommt auch bei diesen Intoxicationen die Dosirung in Betracht. Bei den unlöslichen Präparaten ist die Gefahr einer ungenauen Dosirung ausserordentlich gross, und gerade darin besteht der Hauptnachtheil dieser sonst so zuverlässigen und bequemen Form der Quecksilberapplication. Wenn die Emulsion nicht jedesmal vor dem Gebrauch sorgfältigst umgeschüttelt wird, wenn nicht dann sofort die Spritze gefüllt wird, dann wird, je nachdem man aus den oberen oder tieferen Schichten der Flasche die Spritze füllt, die eingesogene Emulsion mehr oder weniger concentrirt sein. Die sechseckigen Flaschen, in denen das Präparat in der Regel dispensirt wird, haben meist einen hervorgewölbten Boden, um den herum sich eine Rinne hinzieht; in dieser setzt sich das Salz ausserordentlich fest. Je grösser die Mengen sind, in denen die Emulsion vorräthig gehalten wird, desto grösser ist die Gefahr der falschen Dosirung. Um diesen Zufällen zu begegnen, bedient man sich jetzt auf der Abtheilung kleiner, kugelförmiger, in einem ausgehöhlten Holzblock sitzender Flaschen mit eingeschliffenem Glasstöpsel, in denen nur 20 ccm der Emulsion (recent. parat.) sich befinden. In jeder Flasche sind 10—20 Glaskugeln, welche eine gleichmässige Vertheilung des Quecksilbersalzes in der Suspensionsflüssigkeit wesentlich erleichtern. Seitdem dies so gehandhabt wird, ist keine Intoxication mehr vorgekommen. Neuerdings wird auch statt des Paraffin. liquid. mit Hydrarg. salicyl. das Vasenol benützt, welches keine so dickflüssige Emulsion darstellt, leichter aufzuschütteln ist, leichter die Canüle passirt und keine Nachtheile gegenüber dem Paraffin. liquid. besitzt.

(Medicin. Klinik 1907 No. 4.)

— **Mergal** hat Dr. L. Leistikow (Hamburg) bei 20 Fällen von primärer, secundärer und tertiärer S. angewandt und war damit recht zufrieden, indem Anfangs 3, später 5—6 Kapseln pro die 3—6 Wochen lang gegeben, prompt wirkten, gleich einer Schmiercur. Die interne Cur mit Mergal ist als Ersatz der letzteren warm zu empfehlen, namentlich wenn Hg-Dermatitiden oder Stomatitis die Fortführung derselben nicht gestatten. Nie sah Autor Reizerscheinungen von Seiten des Magens und Darmes bei der Mergalcur.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1907, Bd. 44 No. 5.)

— **Mitinquecksilber als Schmiersalbe** empfiehlt Dr. Jessner (Königsberg) von Neuem als vorzüglich wirksam. Es genügen 3 g pro Inunction, die der Pat. 5 Minuten verreibt. Bei sehr praktischer Verpackung hat das Präparat auch den Vorzug grosser Billigkeit (Röhrchen mit 30 g = 70 Pf.).

(Dermatolog. Centralblatt Februar 1907.)

— **Ueber Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten** macht Dr. K. Siebert (Neisser'sche Klinik Breslau) Mittheilung. Von den Norddeutschen Chem. Werken in Berlin wird unter der Bezeichnung *Saluferinzahnpaste* eine Isoformpaste in den Handel gebracht, welche 5% Isoform und 10% Sapo kalin. enthält. Der Werth der Seife für die Desinfection ist bekannt; aber auch Isoform besitzt neben dem Vortheil seiner Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit eine experimentell bewiesene, kräftige und lang anhaltende Desinfectionskraft. Die Paste wurde nun bei 45 Pat., welche energischen specifischen Curen unterzogen wurden, angewandt; bei allen konnte, trotzdem sie ein schlechtes, ungepflegtes Gebiss hatten, die specifische Cur ungestört durchgeführt werden. Die Pat. mussten nach der Morgen-, Mittag- und Abendmahlzeit mit etwa 2 g der Paste mittels weicher Bürste sich die Zähne reinigen und dann den Mund ausspülen. Wieviel bequemer dies, als das sonst übliche stündliche Mundspülen etc., und doch der gleiche Erfolg! In der Isoformpaste haben wir also ein geeignetes Mittel, um bequemer und sicher jede intensivere Zahnfleischaffection während specifischer Curen zu verhüten. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 7.)

— Einen **Fall von ungewöhnlicher Localisation des syphilitischen Primäraffectes** beobachtete Dr. S. L. Bogrow (Dermatolog. Klinik, Moskau), Der Pat. bot die Zeichen der S., aber ein Primäraffect war nirgends zu entdecken.

Einmal klagte er jedoch über Schmerzen beim Stuhlgang. Die sogleich vorgenommene Untersuchung per digitum zeigte auf der vorderen Wand des Rectum einen schmerzhaften Punkt. 8 cm von der Analöffnung entfernt, und mittels Rectoskops entdeckte man hier eine Erosion mit gelblichem Grund. Dies musste der Primäraffect sein, hervorgerufen durch Päderastieacte. Ausser der Allgemeinbehandlung täglich Klysmen mit 2%iger Tanninlösung. Bei der Entlassung an der afficirten Stelle eine weissliche Narbe. Also es kann eine Sclerose evtl. so weit entfernt vom Anus liegen! Bisher war als weiteste Entfernung 4 cm angegeben.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1907, Bd. 44 Nr. 4.)

Tuberculose.*) — **Ueber die Frage der angeblichen Beschleunigung der Tuberculose durch die auf einen Unfall zurückzuführende allgemeine Körperschwäche.** Gutachten des Geh. Rat Prof. Dr. von Krehl, Director der Medicinischen Klinik in Strassburg i. E. Der 26jährige Maschinist B. M. wurde am 22. Jannar 1895 durch eine Maschine sehr schwer verletzt. Es handelte sich um mehrfache Fracturen der Wirbelsäule, der Rippen und des rechten Schlüsselbeins mit davon abhängigen Verletzungen des Rückenmarks. Gleichzeitig hustete der Mann Blut aus, da eine schwere Quetschung der rechten Pleura und Lunge eingetreten war. Am 11. Mai 1905 ist M. laut ärztlichem Zeugnis an Lungenschwindsucht gestorben. Eine Section wurde nicht ausgeführt. Die Verletzung des M. war eine ausserordentlich schwere, und da bei dem Unfall eine starke Quetschung der rechten Lunge eingetreten war, so wäre an sich die Möglichkeit der Entwicklung eine Lungentuberculose als Folge der Verletzung gegeben. Denn nach den gegenwärtig in der Literatur dargelegten und auch mit meiner Erfahrung übereinstimmenden Anschauungen nimmt man einen Zusammenhang zwischen Unfall und Lungentuberculose dann an, wenn bei einem Unfall eine Brustseite erheblich gequetscht oder gedrückt wird und sich auf dieser Brustseite dann innerhalb einer gewissen Zeit — etwa innerhalb der Dauer eines Jahres — die Erscheinungen der Lungentuberculose einstellen. Nun liegen über den Zustand des M. nach der Verletzung zahlreiche ärztliche Gutachten vor. Alle schil-

---

*) Dieser sowie der nächstfolgende Artikel sind *den Gerichten erstattete Obergutachten,* mitgetheilt von Dr. jur. W. Brandis.

dern eingehend die Beschwerden des Kranken sowie die Erscheinungen, welche in Folge des Bruches der Wirbelsäule am Rückenmark eingetreten sind. Nie ist erwähnt, dass irgendwelche Symptome von Seiten der Lungen aufgefallen wären. — Auch in dem letzten Gutachten nicht, welches vom 18. October 1903 stammt, mithin 8½ Jahren nach der Verletzung ausgestellt ist. Ich muss es demnach als äusserst unwahrscheinlich ansehen, dass die Lungentuberculose und der Tod des M. eine directe Folge des Unfalls ist. Es wäre die Möglichkeit zu erörtern, dass durch die schwere Verletzung die Constitution des M. derart verändert worden sei, dass er gegenüber der Infection mit Tuberculose empfänglicher geworden ist. Es ist nicht zu leugnen, dass diese Möglichkeit besteht, es ist aber — wiederum wegen der in Betracht kommenden Zeitverhältnisse — sehr unwahrscheinlich, dass sie im gegebenen Falle realisirt ist. Ausserdem möchte ich mit Nachdruck hervorheben, dass derart vage und unsichere Zusammenhänge in den Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts nicht als maassgebend anerkannt zu werden pflegen, speciell nicht für den Fall der Lungentuberculose, weil bei der Häufigkeit dieser Krankheit dann beinahe jeder Fall als traumatisch angesehen werden könnte. Es heisst, den Boden gesicherter Erfahrung unter den Füssen verlieren, wenn man solche Zusammenhänge in Rechnung stellt. Somit sehe ich als äusserst unwahrscheinlich an, dass zwischen Lungentuberculose und Unfall des M. ein directer oder indirecter Zusammenhang besteht.

(Medicin. Klinik 1907 No. 5.)

— **Latente Tuberculose, die durch eine durch Unfall verursachte Lungenblutung manifest geworden ist.** Aus einem Gutachten des Chefarztes der Heilstätte Ober-Kaufungen, Prov. Hessen-Nassau. Die Mutter des G. und eine Schwester desselben sind an einem chronischen Lungenleiden gestorben. Der Vater lebt und erfreut sich einer herrlichen Gesundheit. G. selhst hat mit sechs Jahren Halsbräune überstanden, will aber sonst stets gesund gewesen sein. Er hat als Maurer gelernt und die ihm zugewiesenen Arbeiten stets ohne Beschwerden verrichtet. Er stand in voller Arbeitskraft, als ihm am 29. Juni 1905 das Heben eines etwa einen Centner schweren Basaltsteines in seinem Berufe zufiel. Der Stein ist nicht seinen Händen entglitten und auf G. gefallen, sondern G. hat sich beim Heben „weh gethan“ und alsbald Blut gespuckt. Da das

Blutspeien nicht aufhört, muss G. die Arbeit niederlegen. Der zugezogene Arzt stellt eine Lungenblutung fest auf Grund eines tuberculösen Lungenleidens. Ein langes Krankenlager des G. schliesst sich an. Mit blutigem Auswurf, Schmerzen in der rechten Schulter und Nachtschweissen liegt G. bis zum 10. Juli zu Bett, bleibt aber weiter arbeits- und erwerbsunfähig. Nachdem durch häusliche Pflege und Schonung im Befinden G.s etwas Besserung eingetreten ist, wird er am 15. September in die Heilstätte Ober-Kaufungen aufgenommen. Hier werden gute Fortschritte erzielt. Mitte December aber wird G. von einer Rippenfellentzündung mit ausgedehntem Exsudat befallen, die ihn von Neuem an das Bett fesselt. Der anfänglich gute Erfolg der Heilstättenbehandlung wird hierdurch zunichte gemacht, sodass G. am 19. März 1906 als noch nicht wieder arbeitsfähig aus der Heilstätte entlassen wird. Es kann nach dieser Schilderung nicht Wunder nehmen, dass G. seine Krankheit mit dem Heben des Steines, als der ihm sichtbaren Veranlassung zur Blutung, in directen Zusammenhang bringt. Demgegenüber aber steht die pathologisch-anatomische Erfahrung. Es ist bis jetzt kein Fall von Lungenblutung mit Sicherheit beobachtet worden, der aus einer gesunden Lunge heraus nur durch Ueberanstrengung entstanden wäre. Wie aber erklärt sich die Lungenblutung des anscheinend gesunden Mannes? Die Mutter des G. und eine Schwester desselben sind allem Anscheine nach an Lungentuberculose gestorben. Wie es feststeht, dass sich die Disposition zur Lungentuberculose in der Familie forterbt, so finden sich bei Tuberculösen in den meisten Fällen Drüsenanschwellungen. Diese aber entstehen meist nicht in wenigen Tagen, sondern ihre Entwicklung erstreckt sich über längere Zeiträume, sodass man das Vorhandensein derselben bei G. schon vor dem Unfall annehmen muss. Aus beiden Momenten der Erfahrungsthatsache, dass sich die Anfänge der Lungentuberculose in vielen Fällen der Beobachtung entziehen oder doch so geringe Erscheinungen machen, dass sie von den Befallenen nicht beachtet werden, ferner aus dem Umstande, dass der nach dem Unfall sofort zugezogene Arzt eine ausgedehnte tuberculöse Erkrankung beider Lungen feststellt, muss mit aller Sicherheit angenommen werden, dass G. bereits vor dem Unfall an Lungentuberculose litt. Diese hatte aber die Wandung der später blutenden Gefässe in ihrer Continuität gestört, sodass das Heben des Steines mit der damit ver-

bundenen Anstrengung genügte, die Blutgefässe zum Bersten zu bringen. Wenn nun zugegeben werden muss, dass eine Erkrankung der Lunge bereits vor dem Unfall bestanden hat, so ist es eine andere Frage, ob die Blutung auch ohne den angeblichen Unfall hätte zu Stande kommen müssen. Sie ist zu entscheiden nach Beantwortung der Frage: War es eine aussergewöhnliche Leistung, die G. durch das Heben des Steines unternehmen musste, oder war es eine Anstrengung, wie sie dem Maurer in seinem Berufe täglich zugemuthet wird? Im ersten Fall hätte die Anstrengung ausbleiben und damit die Blutung vermieden werden können. Es muss dann die Möglichkeit zugegeben werden, dass das Lungenleiden G.s auch fernerhin nicht in Erscheinung getreten wäre, ja dass es, wie in vielen durch Sectionen erwiesenen Fällen, ohne weitere äussere Erscheinungen zur völligen Ausheilung hätte kommen können. War das Heben des Steines aber keine aussergewöhnliche Kraftleistung, so wäre die Blutung in weiterer Ausübung des Berufes als Maurer voraussichtlich auch ohne die geschilderten Unfallsvorgänge eingetreten. Dass die Lungenblutung die Krankheit G.s in ungünstigem Sinne beeinflusst hat, lehrt die Krankengeschichte G.s ebenso, wie es die ärztliche Erfahrung in anderen Fällen berichtet. Der vorher anscheinend gesunde Mann kann sich nach Eintritt der Blutung für Monate hinaus nicht wieder erholen. Es hat die Blutung eine Ueberschwemmung der Lunge mit krankem Material aus der Quelle der Blutung, als dem ursprüglichen Sitz des tuberculösen Leidens, herbeigeführt. Nach dem Gesagten komme ich zu folgenden Schlüssen:

1. G. litt vor dem Unfall an Lungentuberculose.
2. Die Blutung gab die Veranlassung zur Erkenntniss und gleichzeitigen Verschlechterung der vorhandenen Krankheit.
3. Die Blutung und damit die Erkenntniss und Verschlechterung der Krankheit hätte vermieden werden können, wenn das Heben des Steines als eine für einen Maurer aussergewöhnliche Kraftleistung unterblieben wäre.

G. war völlig arbeits- und erwerbsunfähig vom Tage des Unfalls an. (Ibidem.)

— Eine **chronische Hautinfiltration bei einem Phthisiker, mit hyperaemisirenden Proceduren behandelt,** hat Dr. G. Hauffe (Ebenhausen). Ein Pat. im vorgeschrittenen

Stadium der Schwindsucht zeigte an der Dorsalseite der rechten Hand einen Ausschlag, der im Wesentlichen die Gegend der Metacarpophalangealgelenke des 3. und 2. Fingers umfasste, in je markstückgrossen, mit einander verbundenen Herden. Auf dem Zeigefinger erstreckte er sich abwärts bis zum nächsten Interphalangealgelenk, dabei auch daumenwärts auf die Volarseite des Zeigefingers übergreifend. In diesem ganzen Bezirk auf etwa 1 cm erhaben, diffus verdickt, wenig verschieblich und mit vielen kleinen, unregelmässigen, bis stecknadelkopfgrossen Unebenheiten und Einsenkungen versehen. Auf den Erhebungen und in den Furchen überall kleine weissliche, festanhaftende, harte Schüppchen. Beim Abheben sickert langsam ein zähes, weisses Secret hervor. Erkrankte Hautstelle im Allgemeinen ziemlich scharf gegen die Umgebung abgesetzt und geht nur auf dem Endgliede des Zeigefingers mehr allmählich und überall ohne Röthung in die angrenzende Haut über. Die Hautaffection soll vor etwa 10 Jahren an einer kleinen Stelle der Metacarpophalangealgelenke begonnen haben und wuchs langsam ohne Beschwerden zum jetzigen Umfang. Es handelte sich sicher nicht um eine Warzenbildung, sondern um ein Ekzem oder um eine Form der Hauttuberculose. Bei der vorgeschrittenen Lungenerkrankung wurde von einer Behandlung der Hautaffection zunächst abgesehen und mehr zu diagnostischen Zwecken durch Oelguttaperchaumschläge eine Lösung der Hautschuppen beabsichtigt und die Haut auch öfters in heissem Wasser gebadet. Da dabei (erzeugte Hyperaemie?) eine Abflachung der Infiltration eintrat, wurde zur Erzielung der Hyperaemie die Hand möglichst oft der Sonne ausgesetzt, dabei weiter heisse Bäder und Oelumschläge applicirt, und als diese Behandlung weiter recht günstig einzuwirken schien, wurden die heissen Bäder zahlreicher gegeben und die Sonnenwirkung durch Vorsetzen grosser flacher Linsen verstärkt. Nach etwa 4 Wochen der Behandlung Haut überall vollkommen glatt, weich, gefältelt und die vorher afficirte Stelle nur durch geringere Pigmentation kenntlich; nirgends eine Spur von Narbenbildung. Kurze Zeit später erlag Pat. seiner Phthise. Der Fall zeigt, was man mit geringen Hilfsmitteln selbst bei einem Körperzustand erreichen kann, der eine erhebliche Reaction auf äussere therapeutische Eingriffe kaum mehr vermuthen liess. (Aerztl. Rundschau 1907 No. 1.)

— Einen **Fall von subcutanem Emphysem bei Lungentuberculose** beobachtete Dr. E. Krencker (Bürgerspital Strassburg). Zunächst war hierbei an einen Durchbruch einer Kavernenwand zu denken, welche in Folge von Verwachsungen nicht zum Pneumothorax führte. Eine zweite Möglichkeit zur Emphysembildung konnten tiefgreifende Larynxgeschwüre bilden. Für beide Annahmen fand sich bei der Autopsie kein Anhaltspunkt. Man muss annehmen, dass in der Gegend des linken Lungenhilus eine Perforation erfolgt ist, die zunächst zu interstitiellem Emphysem geführt hat, und dass die Luft sich von da den Weg zum Bindegewebe des vorderen Mediastinums und des subcutanen Gewebes des Halses und der obersten Brustparthien gebahnt hat. Die bei T. immerhin seltenere erhebliche Athemnoth und ungewöhnlich krampfhafte Hustenstösse führten auch in diesem Falle von T. ganz in derselben Weise zu kleinsten Zerreissungen des Lungenparenchyms wie bei Keuchhusten, Diphtherie etc.

(Münchener med. Wochenschr. 1907 No. 6.)

Typhus. Weitere Antworten auf die **Umfrage über die Bäderbehandlung und die medicamentöse Behandlung des Unterleibstyphus** (s. vorige No.) giebt Prof. Dr. Eichhorst (Director der medicinischen Klinik des Kantonspitals Zürich). Bei der Behandlung des Abdominaltyphus halte ich die Anwendung von lauwarmen Bädern (33—35° C.) in den meisten Fällen für ausreichend und empfehlenswerth, denn sie erfrischen den Kranken, beruhigen ihn, reinigen seine Haut und schützen sie vor Entzündungen. Ihr Einfluss auf die Körpertemperatur ist gering. Ich würde emfehlen, Morgens und Nachmittags je ein solches Bad gebrauchen zu lassen. Dauerbäder von Körpertemperatur lasse ich nur in solchen Fällen gebrauchen, in welchen die Temperatur dauernd über 40° C. ist und es angezeigt scheint, die Temperatur herabzusetzen. Namentlich verordne ich sie dann, wenn Antifebrilia keine oder wenigstens keine nachhaltige Wirkung gehabt haben. Kühle und kalte Bäder lasse ich fast gar nicht mehr benutzen; ich würde sie aber dann anwenden, wenn der Kranke anhaltend benommen ist und eines starken allgemeinen Hautreizes bedarf. Die medicamentöse Behandlung des Abdominaltyphus hat meiner Meinung nach nur sehr geringen Werth, es sei denn, dass es sich darum handelt, einzelne Symptome der Krankheit aus irgend einem Grunde zu bekämpfen. Dass bei Stuhlverstopfung Kalomel nach einer

reichlichen Stuhlentleerung die Körpertemperatur herabsetzt, kommt nicht selten vor, doch habe ich mich nicht davon überzeugen können, dass es den Abdominaltyphus in seinem Verlauf milder gestaltet und abkürzt. Auch den Antifebrilien kommt nur eine rein symptomatische Wirkung auf das Fieber zu. Das wichtigste Medicament ist meiner Beobachtuug nach eine zweckmässige Ernährung. Bestehen keine bedrohlichen Symptome, so erscheint mir eine medicamentöse Behandlung des Abdominaltyphus überflüssig zu sein.

Prof. Dr. H. Lenhartz (Director des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses): 1. Auf die Frage, in welcher Weise die Bäderbehandlung des Typhus nach meiner Meinung am besten geleitet wird, bemerke ich, dass ich niemals die Bäderbehandlung verlassen und sie als die beste Behandlungsmethode erprobt habe. In den zahlreichen Fällen, wo ich als Consiliarius meinen Rath zu ertheilen hatte, habe ich immer wieder von Neuem die Beobachtung machen können, dass erst mit der von mir empfohlenen Bäderbehandlung nicht selten eine auffällige Besserung der bis dahin medicamentös behandelten Kranken einsetzte. Ich lasse die Bäder stets am Tage, nie Nachts geben; in der Regel bei 39,5° und darüber, meist zweimal, äussert selten dreimal am Tage, oft nur einmal, gewöhnlich 26° C 5—10 Minuten lang. Kühlere Begiessungen 3—6 besonders auf Nacken, vordere Brust, zwischen die Schulterblätter und Lendengegend. Hauptindication: Neben der Höhe des Fiebers vor Allem die Neigung zu Hypostasen und Status typhosus. Contraindication: Herz- beziehungsweise Pulsschwäche, Neigung zu Collaps, Darmblutung. Sind die Bäder aus irgend einem Grunde nicht durchführbar, so werden 2—3 stündliche kalte Abklatschungen des Rückens beziehungweise kühle Güsse auf die Nacken- und Hinterhauptgegend vorgenommen. 2. Von inneren Mitteln wende ich so gut wie ausschliesslich nur Kalomel, Bismuth subn. bezw. Bismutose, Chinin und Opium an.

a) Frischen Fällen lasse ich meist noch Kalomel 2—3 mal 0,3 g mit stündlicher Pause reichen, da ich es für zweckmässig halte, den Darm möglichst gründlich zu entleeren, um vor Allem der gefährlichen meteoristischen Aufblähung der Därme vorzubeugen, während ich der desinficirenden Wirkung keine besondere Rolle zuschreiben möchte.

b) Zur Bekämpfung des Meteorismus verordne ich neben ausgiebiger Eisbehandlung des Leibes schon früh-

zeitig Bismuth. subnitr., das bei Darmblutungen in gesteigerter Menge gegeben oder, wenn die Blutungen stärker erfolgen, einige Tage in Form von Bismutose 2—3 mal täglich zu 10 g gereicht wird.

c) Daneben muss Opium in solcher Menge gegeben werden, dass möglichst Tage lang kein Stuhl erfolgt, um neue Blutungen zu verhüten und die Aufsaugung des in den Darm bereits ergossenen Blutes zu ermöglichen;

d) Fiebermittel zur Herabsetzung der Temperatur wende ich im Allgemeinen niemals an, habe auch in der Consiliarpraxis niemals einen Nutzen davon gesehen, wenn solche Mittel bereits von den Herren Collegen angewandt waren; wohl aber gebe ich in manchen Fällen, bei denen sich das amphibole Stadium in ungewöhnlicher Länge hinzieht, Chinin. sulfur. 4 mal täglich 0,5 g 8—10 Tage lang hintereinander. Man sieht dann nicht selten eine rasche lytische Entfieberung eintreten, hat auch den Eindruck, dass der bis dahin auffällig gross gebliebene Milztumor abschwillt.

(Medicin. Klinik 1907 No. 7.)

(Fortsetzung folgt.)

Vitia cordis. **Ueber seltene Verlaufsweisen von Klappenfehlern** berichtet Dr. K. Grassmann (München). Der erste Fall betrifft ein vierjähriges Kind, das gelegentlich eines Gelenkrheumatismus ein Vitium acquirirte. Der Verlauf stellte es ausser Zweifel, dass es sich um eine rheumatische Endocarditis der Mitralklappen handelte; denn es entwickelte sich im Laufe von zwei Monaten neben dem bestehenden systolischen Geräusch als Ausdruck der Drucksteigerung im kleinen Kreislauf eine deutliche Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, eine mässige Hypertrophie des linken Herzens, eine Stauungsdilatation der rechten Herzhälfte. Das Kind erholte sich aber vollständig, die objectiven Erscheinungen verschwanden, man konnte von einer Heilung des Herzfehlers sprechen. Da bekam das Kind ½ Jahr später nochmals Gelenkrheumatismus, die valvuläre Endocarditis recidivirte unter Begleitung einer exsudativen Pericarditis, die tödtlich endete. Im zweiten Falle handelte es sich um eine tödtliche Darmblutung bei einem 60jährigen Pat. mit hochgradiger Mitralstenose und Aorteninsufficienz. Die Aetiologie blieb dunkel und wurde auch nicht bei der Section eruirt; weder fand sich Lebercirrhose, noch ein geplatzter Varix des Verdauungsschlauches, noch eine embolische Veränderung u. dgl.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 45.)

— **Die medicamentöse Behandlung der acuten Herzinsufficienz** mit *intravenösen Strophantininjectionen* empfiehlt warm Dr. A. Fraenkel (Badenweiler-Heidelberg). Autor hat besonders die Behandlung der absoluten Herzschwäche im Auge, die im Verlaufe von Compensationsstörungen und namentlich als Endstadium derselben eintritt. Da ist die intravenöse Anwendung von Digitaliskörpern ein souveränes Mittel. Autor verwendet das Strophantin Böhringer (zu beziehen von Dr. Kade, Berlin SO, 28. Carton mit 10 Ampullen à 1 ccm 1‰iger Lösung Mk. 2,50). Er hat schon früher die Wirkung desselben bei Stauungszuständen geschildert und berichtet, wie man mit einer einzigen Injection von weniger als 1 mg Strophantin eine gewaltige Diurese hervorrufen und selbst schwere Stauungserscheinungen ebenso und dauernd beseitigen kann, wie dies durch eine mehrtägige Digitalisbehandlung möglich wäre. Dazu hat die neue Methode den Vorzug, dass die Wirkung sofort eintritt und ohne Schädigung des Verdauungsapparates. Seither lehrten die Beobachtungen allerdings, dass es zuweilen zweckmässig ist, an intravenöse Strophantindosen von 0,5 mg bis 1 mg die interne Digitalistherapie anzuschliessen, um eine schnell eintretende mit einer nachhaltigen Wirkung zu combiniren. Jetzt berichtet Autor also, welche Erfolge bei acuter Verschlimmerung chronischer Herzinsufficienz, bei plötzlichem Versagen des linken oder rechten Ventrikels durch intravenöse Strophantininjectionen zu erzielen sind. Er hat durch diese Methode den raschen Umschwung lebensbedrohlicher Zustände wiederholt erlebt. In einer ganzen Reihe von Fällen trat meist schon nach 5—10 Minuten im Anschluss an eine Verlangsamung des Pulses eine so erhebliche Verbesserung des Allgemeinbefindens und des Allgemeinzustandes ein, dass man sofort das Gefühl überstandener Gefahr hatte. Man steht schweren acuten Compensationsstörungen des Herzens nunmehr ganz anders gerüstet gegenüber als früher; man ist im Stande, innerhalb weniger Minuten die noch mögliche Verstärkung der Herzthätigkeit durch eine reine Digitaliswirkung herbeizuführen, sobald überhaupt das Herz noch zu reagiren vermag. Autor geht nie über 1 mg hinaus, lässt nie der ersten Injection weitere rasch folgen und injicirt auch nie, solange das Herz nach Darreichung der Digitalis per os noch unter Digitaliswirkung steht; er würde nie Strophantin injiciren, ohne sich vorher vergewissert zu haben, dass der Pat. in den letzten 3mal 24 Stunden Digitalis nicht eingenommen hat. Eine andere Contraindication gegen die Injectionen kennt er nicht.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1907.)

Vermischtes.

— **Aus der Praxis für die Praxis,** unter diesem Titel giebt Dr. Ströll (München) einige Behandlungsmethoden wieder, die sich ihm in langjähriger Praxis besonders bewährt haben. Er schreibt:

„Bei Angina catarrh. mit Schwellung der Uvula:

Rp. Emuls. oleos. 150
Syr. amygdal. 20
S. 1stündl. 1 Esslöffel (Buchner).

und ausserdem Gurgeln mit ½%iger Resorcinlösung (Vitr. nigr.).

Bei Angina tonsillaris (phlegmonosa), die in der Regel einseitig auftritt:

Rp. Ol. croton. gutt. VI.
Ol. oliv. 6,0
S. äusserlich (Helbing).

Dieses Oel ist auf der kranken Seite ganz auf dreimal (Morgens, Nachmittags und Abends) in der Mandelgegend (Unterkieferwinkel) mittels Watte zu verreiben. In der Regel wird dadurch die Tonsillitis coupirt und so die Abscessbildung verhindert. (In Folge dieser Einreibung entsteht meist ein Erythem, das in ein paar Tagen sich spontan wieder verliert.)

Ueberdies noch innerlich:

Rp. Resin. guajac. 0,2
Dent. tal. dos. N. X.
S. 2stündl. 1 Pulver (Mackenzie).

Bei Bronchialkatarrh und besonders beim trockenen Katarrh (Pfeifen, Schnurren) der Emphysematiker (zumal der alten Leute):

Rp. Herb. rosmarin. silvestr. 5,0
F. infus. ad colat. 120,0
Liqu. amm. anis. 4,0
Syr. Alth. 20,0
S. 2stündl. 1 Esslöffel (Hilbert).

Bei Diphtherie:

Rp. Tinct. myrrh.
Glycer. āā 8,0
Aqu. dest. ad 200,0
S. n. Ber. (Ströll).

Davon in den ersten zwei Lebensjahren einstündlich (in schweren Fällen ½stündlich) 1 Kaffeelöffel; vom 3. bis 15. Lebensjahr einstündlich 1 Kinderlöffel; dann ein-

stündlich 1 Esslöffel. (Die Arznei muss aber Tag und Nacht gegeben werden). Ausserdem zur Inhalation (einstündlich):

Rp. Thymol 0,5
Alcohol. absol. 1,0
Aqu. dest. ad 500,0
S. z. inhaliren.

Es genügt, wenn das Inhaliren Tags über geschieht; nur bei Kehlkopfdiphtherie ist auch Nachts zu inhaliren. Ist Inhalation nicht möglich, so einstündliches Gurgeln mit ⅛%iger Resorcinlösung (Vitr. nigr.), wobei der Kranke anzuweisen ist, das Gurgelwasser im Halse nach beiden Seiten hin- und herzuschwenken.

Bei Erysipelas sind die gerötheten Stellen zweistündlich zu bepinseln bis zur Abschwellung und Abblassung der Haut mit:

Rp. Acid. carbolic.
Tinct. jod.
Glycerin āā 1,0
Mucilag. gummi arab. 5,0
Alcohol. absolut. ad 20,0
S. äusserlich (Ströll).

Ueberdies ist 1 cm von der Grenze des Erysipel ringsum ein 4 cm breiter Streifen Heftpflaster oder Zinkguttaperchapflastermull fest hinzukleben, um das Weiterkriechen zu verhindern. Auch die Fenster des Krankenzimmers sind zu verdunkeln (am besten mit rothen Vorhängen). Ausserdem bei Erysipel. faciei, da dieses meist von Erosionen in der Nase ausgeht, zweistündliches Aufschnupfen von lauwarmem 4%igem Borwasser in die Nase.

Bei Herpes zoster: Bepinseln der Bläschen und des rothen Grundes 1stündlich mit:

Rp. Menthol 1,0
Alcohol. absol.
Aqu. carbolis. āā 25,0
S. äusserlich (Ströll).

Dadurch trocknen die Bläschen ein (oft schon nach 48 Stunden).

Bei Icterus catarrhalis:

Rp. Natr. salicylic. 5,0
Aqu. dest. 100,0
Syr. cort. aur. 20,0
S. 3—4 mal täglich
1 Esslöffel (Stiller).

Dazu täglich eine Flasche Biliner- oder Giesshübler-Wasser zum Getränk und für täglichen Stuhlgang sorgen.

Bei Carbunkel: Breites Auflegen folgender Salbe:

Rp. Acid. salicyl. 2,0
Mellis crud. 20,0
Extract. arnic. flor. 10,0
Farin. tritic. qu. s. ut fiat ung. molle
S. äusserlich (Ströll).

Diese Salbe ist alle 24 Stunden frisch, auf Borlint gestrichen, überzulegen und über die Salbe dann Watte und Guttaperchapapier. Hat aber der Carbunkel schon aufgebrochene Stellen, so sind diese mit kleinen Läppchen Borlint, getränkt mit 3%igem Carbolwasser, zu bedecken und darüber dann erst breit die obige Salbe und darüber Watte. Täglich ist der Carbunkel möglichst ausgiebig auszudrücken und mit Carbolwasser zu reinigen. Hat sich dann der Eiterpfropf ganz abgestossen, so ist die Höhlung mit Jodoformgaze (oder Vioformgaze) locker auszufüllen und darüber Watteverband. Sind die Granulationen schliesslich bis zum Niveau der Haut heraufgewachsen, so ist nun behufs Ueberhäutung eine Salbe aus 10%igem Xeroform-Lanolin mit 5%igem Glycerin täglich frisch aufzulegen.

Bei Keuchhusten:

Rp. Bromoform 4,0
Ad vitr. nigr. (Stepp).

Man giebt 3—4mal täglich so viele Tropfen auf einem Kaffeelöffel Wasser, als das Kind Jahre zählt (immer nach der Mahlzeit). Das Bromoform bildet auf dem Boden des Löffels eine Perle, welche mitzuschlucken nicht ausser Acht zu lassen ist.

Bei Lungenblutung zuerst:

Rp. Ergotin
Sacch. lact. āā 1,0
Op. pulv. 0,05
M. f. p. Div. in p. aequ. N. V. ad chart cer.
S. 1stündl. 1 P. (aber nicht bei Schwangeren).

Hierauf 1—2stündlich 10 Tropfen von Extract. fluid. hydrast. Canad. auf einen Löffel Zuckerwasser.

(Schluss folgt.)

Bücherschau.

— **Die ansteckenden Kinderkrankheiten** von Priv.-Doc. Dr. J. Trumpp (München). Autor hat farbige, gutgelungene Abbildungen von Masern, Rötheln, Scharlach, Mandelentzündung, Diphtherie, Schafblattern, Pocken zu einer grossen Wandtafel vereinigt. Den Bildern sind kurze, belehrende Bemerkungen über diese Affectionen, sowie auch über Keuchhusten, Typhus, Influenza, Mumps beigefügt. Die Idee ist entschieden eine glückliche, das Aufhängen der Tafel (Verlag von J. F. Lehmann, München, Preis Mk. 3) in Familien, Schulen etc. dürfte wohl gute Früchte tragen.

— **Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der unorganischen Arzneistoffe** von H. Schulz (Verlag von G. Thieme, Leipzig 1907, Preis Mk. 8). Das Buch bringt in erweiterter Gestalt das, was Autor, der Director des Greifswalder Pharmacolog. Instituts, seit 24 Jahren im Colleg vorgetragen hat, und es ist sehr dankenswerth, dass der Verfasser sich entschlossen hat, diese Vorträge einem weiteren Leserkreise zugänglich zu machen. Der Praktiker wird sie mit grossem Nutzen lesen, da alle Ausführungen sich speciell mit dem besonders beschäftigen, was für die praktische Thätigkeit am Krankenbette zu wissen noth thut. Der Arzt muss genau wissen, wie sich die einzelnen Arzneistoffe am menschlichen Organismus im gesunden und kranken Zustande äussern, und dies lernt er gründlich aus diesen Vorlesungen. — Im gleichen Verlage erschien: K. Baisch, *Reformen in der Therapie des engen Beckens* (Preis Mk. 4,60). Ein sehr wichtiges Capitel für den prakt. Arzt wird hier einer gründlichen Besprechung unterzogen, einer Besprechung, welche sich stützt auf ein ungemein grosses klinisches Material. „Nur dadurch, dass auch der Arzt der allgemeinen Praxis, der doch weitaus die Mehrzahl der Frauen mit engem Becken zu entbinden hat, sich die hier entwickelten Grundsätze zu eigen macht, wird das enge Becken der Gefahren entkleidet werden, die es für seine Trägerinnen und deren Nachkommenschaft noch besitzt.“ Diesen Worten der Vorrede des Buches müssen wir unbedingt zustimmen und empfehlen warm das Studium des flott und klar geschriebenen, auch äusserlich sehr gut ausgestatteten Buches.

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in **Friedenau-Berlin.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 9.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juni XVI. Jahrgang 1907

Anaesthesie, Narkose. **Ueber die Bromaethernarkose** giebt Dr. Härtling (Heldrungen) etwas von seinen Erfahrungen zum Besten. Im Laufe der Jahre hat er folgende Anwendungsweise als die beste erkannt. Auf eine Chloroformmaske von Schimmelbusch spannt er eine vier- bis sechsfache Lage Mull mittlerer Dichtigkeit und klemmt innen im Scheitel der Maske einen kleinen Wattebausch ein, sodass der Pat. durch denselben bei der Athmung nicht behindert wird. Dann legt er die Maske trocken auf und lässt den Bromaether langsam wie bei der Chloroformnarkose auftropfen. Den Tropfenfall beschleunigt er aber allmählich, dass nach 30—60 Sekunden die Tropfen so schnell aufeinander folgen, wie das nur eben möglich ist, ohne dass ein zusammenhängender Gussfaden entsteht. Die Tropfen fallen aussen auf den Scheitel der Maske dort auf, wo sich innen der Wattebausch befindet. Nach 2—3 Minuten ist das Toleranzstadium erreicht. Dann nimmt Autor die Maske ab und operirt. Er hat bei dieser Methode noch keinen Unglücksfall erlebt, ist aber weit entfernt, diese Narkose für völlig ungefährlich zu halten. Manche Pat. verspüren gar keine unangenehmen Einwirkungen von Seiten des Bromaethers und haben einen sehr angenehmen Schlafzustand; andere bekommen Erstickungsgefühl, Sterbeangst, Brausen im Ohr, unruhige Träume. Nach der Operation geht der schlaftrunkene Zustand innerhalb weniger Minuten wieder zum vollen Bewusstsein über. Erbrechen tritt fast nie auf, falls nicht schlechter Bromaether benützt wird. Man kann die Pat. schon 10 Minuten nach der Operation unbedenklich entlassen. Man halte

während der Narkose die Angehörigen fern und sorge für gute Assistenz! Die Widerstandsbewegungen sind meist so gross, dass Fesselung und genügende Assistenz unbedingt erforderlich sind. Es gehört grosse Uebung zur Bromaethernarkose, Misserfolge bleiben in der ersten Zeit nicht aus. Insbesondere ist es schwierig, den richtigen Zeitpunkt für Beginn der Operation zu erkennen. Kurz vor Eintritt der Bewusstlosigkeit beobachtet man meist Bewegungen der Gliedmaassen. Unregelmässigkeit des Pulses und der Athmung sind zu dieser Zeit nicht selten. Das sicherste Zeichen der eingetretenen Betäubung scheint die dem natürlichen Schlaf ähnliche Art der Athmung zu sein, die häufig von einem leichten Schnarchen begleitet ist. Zu dieser Zeit pflegen die Schleimhäute des Auges auch unempfindlich zu sein. Krampfhafte Zusammenziehung der verschiedensten Muskeln ist jedoch noch häufig vorhanden. Ausserordentlich verschieden ist der Verlauf der Narkose bei unruhigen und nervösen Leuten. Solche haben vor dem Einschlafen am meisten zu leiden und schlafen am schlechtesten, manchmal gar nicht ein; trotzdem kann die Schmerzempfindlichkeit aufgehoben sein. Ein vertrauenerweckendes Auftreten des Arztes, ruhiger Zuspruch etc. können freilich hier Wunder wirken. Die Reflexe sollen während der Narkose erhalten bleiben und daher das in den Rachen fliessende Blut verschluckt werden; man kann sich aber darauf nicht verlassen, und es ist nicht ausgeschlossen, dass sich bei Operationen im Munde Blut vor oder im Kehlkopf ansammelt, wenn man die Blutung nicht beherrscht. Autor braucht zu einer Narkose 5—15 ccm Bromaether, selten mehr; bis zu 25 ccm hat er bei bisher 1000 Narkosen noch nie gebraucht. Für den prakt. Arzt ist diese Narkose ausserordentlich werthvoll, da er sie auch während der Sprechstunde bei allen möglichen kleinen Operationen, die nicht länger als ca. 1 Minute dauern, anwenden kann Wiederholt hat Autor sie bei Pat. mit schweren Herzklappenfehlern und bei Phthisikern angewandt, ohne Schaden davon zu sehen.

(Aerztl. Rundschau 1907 No. 4.)

— **Zur Technik der Narkose** theilt Dr. C. Strauch (Krankenhaus vom rothen Kreuz Braunschweig) mit, wie er die Narkose viel leichter und ruhiger gestaltet und die Herzkraft in der Zeit vor der Narkose schont. Wer weiss, dass er am nächsten Tage operirt wird, ist in beständiger Aufregung und verbringt in hohem Grade erregt die Nacht,

wodurch die Herzkraft stark geschädigt wird. Dass das Herz dann dem Narcoticum keine grosse Widerstandskraft entgegenbringt, ist erklärlich. Autor giebt nun dem Pat. am Abend vor der Operation 1 g Veronal, worauf er gewöhnlich schläft, bis er eine Stunde vor der Operation geweckt wird, und eine Morphiuminjection von 0,015 bis 0,025 und zugleich ein Alkoholclysma erhält. Der Pat. schläft dann oft weiter bis zur Einleitung der Narkose, die dann ein völlig ausgeruhtes Herz trifft. Autor hat seit Jahren, seit er die Combination: Veronal, Morphiuminjection, Alkoholeinlauf, Aether tropfenweise auf gewöhnlicher Maske und nur im Nothfalle einige Tropfen Chloroform, anwendet, nie mehr eine Störung der Narkose, nie mehr Asphyxie erlebt, sondern stets vollkommen ruhige Narkosen gehabt. (Centralblatt f. Chirurgie 1907 No. 9.)

— **Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Alypins in der Ohrenheilkunde** veröffentlicht Prof. Dr. K. Bürkner (Göttingen). Autor wandte das Alypin zuerst rein symptomatisch zur Bekämpfung des Ohrschmerzes bei Furunkeln, beginnenden Mittelohrentzündungen und Neuralgien unbestimmten Ursprunges an. Es zeigte sich hier, dass insbesondere die vom Trommelfell ausgehenden Schmerzen oft in kürzester Zeit nachliessen, nicht selten für einige Stunden gänzlich aufhörten, und diese Erfahrung veranlasste Autor, die Anaesthesirung des Trommelfells auch zum Zwecke der *Paracentese* herbeizuführen. Mit Alypin erreichte er denn auch meist eine vollkommene Empfindungslosigkeit, und er lernte es gerade bei der Paracentese als besonderen Vorzug des Präparates schätzen, dass es sich unbeschadet seiner Wirkung unmittelbar vor dem Gebrauche durch Aufkochen sicher sterilisiren lässt. Verwendet wurde meist 5% wässrige (zuweilen auch alkoholische) Lösung, die entweder eingeträufelt oder mit Hülfe eines Wattebausches eingeführt wurde und 10—20 Minuten einwirkte. Gelegentlich verwendete Autor bei einigen Pat., welche in Folge einer Septumverbiegung oder aus anderen örtlichen Gründen schwer zu katheterisiren waren, das Alypin in Sprayform und erreichte damit ein schmerzfreies Einführen des Katheters. Was die Verwendung bei *Furunkeln* anbelangt, so wurde, war der Furunkel schon dem Aufbrechen nahe oder gar schon aufgebrochen, die Incision durch Tamponade mit in 5% reines Alypin getauchter Gaze nahezu oder vollkommen schmerzlos, ebenso das Auskratzen eines offenen Furunkels. In einem frühen Stadium aber ist die

Anaesthesie meist nicht so befriedigend, und man wendet hier besser das Alypin subcutan an, event. unter Zusatz von Suprarenin. (Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 14.)

Basedow'sche Krankheit. Demonstration eines ungewöhnlichen Falles von B. von Prof. Dr. Uhthoff (Breslau). 72jährige Pat., vor vier Wochen der Univers.-Augenklinik zugegangen, bietet das Bild eines doppelseitigen, hochgradigen Exophthalmus dar, sodass die Lider nicht geschlossen werden können und beiderseits sich schon eine Keratitis e lagophthalmo entwickelt hat. Pat. will früher stets gesund gewesen sein und erst seit 2½ Monaten ihr Augenleiden haben. Man dachte an B., aber es war sonst kein diesbezügliches Symptom vorhanden, und die Diagnose blieb dunkel. Eine Erkrankung der Nebenhöhlen mit doppelseitiger symmetrischer Betheiligung der Orbita, eine doppelseitige Thrombose des Sinus cavernosus mit Fortsetzung in die Vena ophthalmica, eine metastatische doppelseitige Orbitalerkrankung, alles dies liess sich leicht ausschliessen. Patientin bekam dann allmählich anderweitige Symptome von B. (Tremor, Herzpalpitationen), allerdings mässigen Grades. Immerhin zeigten sie, dass doch B. vorlag, deren erstes Symptom der sich so rasch und stark entwickelnde Exophthalmus gewesen war.

(Medicin. Section der Schlesischen Gesellschaft f. vaterl. Cultur, 8. II. 07. — Allgem. med. Central-Ztg. 1907 No. 11.)

— **Die chirurgische Behandlung der B.** bespricht Dr. K. Schultze (Bonn). Zur rechten Zeit den Basedowkranken zur Operation zu bringen, ist eine schwierige, aber dankbare Aufgabe für den prakt. Arzt. Der Operationserfolg ist nämlich von der Intensität und Dauer der Erkrankung in hohem Grade abhängig, er ist aber namentlich im Anfange ein frappanter. Dies zeigt Autor an 50 Fällen, die in der Privatklinik von Prof. Riedel (Jena) im Verlaufe von 18 Jahren operirt worden sind. Es ergaben sich: Heilungen 72%, Besserungen 12%, Misserfolge 2%, Todesfälle 12%. Was die günstige Beeinflussung der einzelnen Symptome anbelangt, so ergaben sich folgende Zahlen: Struma 100%, Tachycardie 94%, Herzpalpitationen 94%, Exophthalmus 92%, psychische Störungen 68%, Tremor 66%, Kopfschmerzen 52%, Schlaflosigkeit 40%, Schwitzen 36%, Abmagerung 30%, Gräfe's Symptom 30%, Erbrechen und Durchfälle 28%, Stellwag's Symptom 22%, Möbius' Symptom 14%. Hand in Hand mit dem Verschwinden

der einzelnen Krankheitssymptome hob sich in allen Fällen das Allgemeinbefinden, die Schwäche, Arbeitsfreudigkeit kehrte wieder, bald stellte sich in den „geheilten“ Fällen volle Erwerbsfähigkeit ein, und auch die „gebesserten“ konnten wieder leichtere Arbeit verrichten. Gerade die schnelle Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ohne erheblichen Verlust an Zeit und Geld giebt der chirurgischen Therapie ihre wichtige sociale Bedeutung. Von den 50 Pat. starben 6 im Anschlusse an die Operation, 5 davon innerhalb 1—24 Stunden unter dem Bilde der Schwäche und Herzinsufficienz, der 6. aber nach dreimal 24 Stunden darauf an Bronchopneumonie. In allen sechs Fällen handelte es sich um Pat., bei denen die Herzsymptome das Krankheitsbild beherrschten. Da wir jetzt mit Localanaesthesie die Operation recht gut ausführen können, fällt die Narkose als schädigendes Moment fort. Aber man muss überhaupt schon zur Operation schreiten, ehe es zur gefahrdrohenden Herzschwäche gekommen ist, und hier erwächst dem prakt. Arzte eine dankbare Aufgabe. Oft freilich bekommt er seine Pat. schon mit beträchtlicher Herzschwäche; dann soll er nicht viel Zeit verlieren lassen, und wenn die Beschwerden nicht bald besser werden, dringend zur Operation rathen. Je leichter der Fall, desto schöner die Operationsresultate. Das zeigt folgende Tabelle über jene 50 Fälle:

	Heilung	Besserung	Misserfolg	Todesfälle
Leichte Fälle . .	100 %	0 %	0 %	0 %
Mittelschwere . .	66 %	14 %	5,7 %	5,7 %
Schwere Fälle .	57 %	7,7 %	5,7 %	28,5 %

Bei den leichten Fällen war noch das Allgemeinbefinden wenig beeinträchtigt, Körperconstitution kräftig, keine schweren nervösen oder psychischen Störungen vorhanden, das Herz liess meist keine objective Veränderung (Dilatation oder Geräusche) erkennen. In den mittelschweren Allgemeinbefinden schon erheblich gestört, im Vordergrunde stehen nervöse Beschwerden und quälendes Herzklopfen, die Ernährung liegt darnieder, am Herzen oft schon objective Veränderungen. In den schweren endlich Herz meist hypertropisch, Puls hochgradig beschleunigt, oft arhythmisch, Oedeme treten auf, Erschöpfung der Kräfte durch schwere nervöse Erscheinungen.

(Die Heilkunde, März 1907.)

Blutungen. In einem Artikel von Prof. Dr. A. Kuttner (Berlin): **Technik bei der Behandlung des Nasenblutens** heisst es u. A. wie folgt: „In 99 von 100 Fällen liegt — und das ist das Wichtigste für den behandelnden Arzt — die Quelle der Blutung ganz vorn am Septum, am locus Kieselbachii, einer Stelle, die man ohne Nasenspiegel sieht, wenn man die Nasenspitze etwas anhebt. Die Blutung wird am leichtesten durch Tamponade gestillt; es sollen aber nicht, wie das häufig geschieht, blind und ziellos grosse Mengen von Watte in die Nase gestopft oder gar die Bellocque'sche Röhre angewandt werden, vielfach genügt schon ein Wattebausch von der Grösse eines Kirschkerns, um die Blutung zum Stehen zu bringen, nur muss dieser kleine Pfropf an der richtigen Stelle applicirt werden! Bei lebhaften B., bei denen man wegen des nachschiessenden Blutes die wunde Stelle nicht sofort findet, verfahre man in folgender Weise: Man drehe eine längliche, nicht zu feste Wattewicke, tauche sie in Wasserstoffsuperoxyd (die überall käufliche Lösung 10%) und schiebe sie in die Nasenseite, aus der das Blut kommt. Mit einem etwas grösseren trockenen Wattebausch schliesse man dann den Naseneingang, setze den Pat. ganz aufrecht, den Kopf nach hinten angelehnt, beruhige ihn und ermahne ihn, sich ganz still zu verhalten, ruhig zu athmen, nicht zu sprechen, vor allen Dingen nicht immer nach der Nase zu fassen und daran zu drücken, um nachzusehen, ob es noch blutet. Läuft das Blut in den Rachen, so wird es soviel als möglich heruntergeschluckt, und nur, wenn dringend nöthig, durch Auswerfen entfernt. So lasse man den Pat. 10 Minuten sitzen, ohne an den Tampon zu rühren, nur wenn es nach vorn durchtropft, erneuere man den äusseren Wattebausch. In sehr vielen Fällen wird auf diese Weise die Blutung vollständig und mühelos gestillt. Jedenfalls aber lasse man die Tampons, besonders den mit Wasserstoffsuperoxyd getränkten, wenigstens 6—8 Stunden an Ort und Stelle. Blutet es aber trotz ein- oder zweimaliger Einlegung von Wasserstoffsuperoxydtampons weiter, und gelingt es auch nicht, durch Einspritzung von 10 bis 15 Tropfen Wasserstoffsuperoxyd — man verwende dazu ein Augentropfröhrchen — die Blutung zum Stehen zu bringen, so benütze man die Zeit, wo die Blutung nach der Einspritzung etwas nachlässt, um sich über ihren Ursprung zu informiren. Nach 1—2 Minuten lasse man den Schaum, der sich durch den freiwerdenden Sauerstoff bildet, ausblasen und inspicire die Nase von vorn, hüte sich aber,

dass man nicht mit dem Nasenspiegel die blutende Stelle verdeckt oder reizt. Hierbei leisten auch die Nebennierenpräparate gute Dienste. Ein mit Adrenalin oder Suprarenin getränkter Wattebausch bewirkt eine so energische Gefässcontraction, dass auch stärkere B., auf eine Weile wenigstens, zum Stillstand kommen. Dieser Moment genügt zu einer endgültigen Tamponade. Ich benütze hierzu fast immer Watte, sehr selten Gaze; bei ernsteren B. oder bei grösseren Operationen bestreue ich die Watte mit Ferropyrinpulver. Während der Pat. ein langgedehntes A sagt, damit er das reizende Pulver nicht aspirirt, führe ich unter Spiegelbeleuchtung einen, oder, was für den weniger Geübten vielleicht noch bequemer ist, mehrere kleinere Tampons an die wunde Stelle und drücke den Tampon leicht gegen seine Unterlage. Zuletzt verschliesse ich den Naseneingang mit einem lockeren Wattebausch, den der Pat. nach einigen Stunden selbst entfernen oder nach Bedarf wechseln kann. Dann lässt man den Pat. sich längere Zeit ruhig verhalten und möglichst aufrecht sitzen. Erst wenn die Blutung wenigstens 15—30 Minuten aufgehört hat, lässt man ihn nach Hause gehen und macht ihn darauf aufmerksam, dass er sich nicht zu ängstigen braucht, wenn es in Folge der Bewegung wieder etwas zu bluten anfängt. Das hört bei ruhigem Verhalten nachher schnell wieder auf. Des Nachts lagere man den Kopf des Pat. hoch. Mit diesen Vorsichtsmassregeln bin ich bis jetzt ausgekommen, und in mehr als 20jähriger Thätigkeit habe ich noch nicht ein einziges Mal einer Nasenblutung wegen die Nasen-Rachentamponade auszuführen oder zu internen Mitteln oder subcutanen Injectionen meine Zuflucht zu nehmen brauchen. Die Tampons lasse man 24—28 Stunden liegen. Es ist allerdings nothwendig, dass man sich während dieser Zeit erkundigt, ob sich Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen oder Fieber eingestellt hat; in diesem Fall muss der Tampon sofort entfernt werden, um die Gefahr einer Stauung oder Infection zu vermeiden. Fühlt sich der Pat. aber wohl, so darf man die Wattebäusche ruhig 1—2 Tage an Ort und Stelle lassen. Wichtig ist es, dass die Tampons schonend entfernt werden. Man lasse, um die Blutgerinnsel zu erweichen, vorher immer erst warmes Wasser einträufeln, dann führe man selbst wieder Wasserstoffsuperoxyd ein; der sich bildende Schaum lockert die Tampons, sodass man sie 8—10 Minuten später meist ganz leicht, einen nach dem anderen, entfernen kann. Nach 1—2 Tagen nehme man nochmals eine Inspection vor, um sich zu

überzeugen, dass auch alle Tampons entfernt sind; Verstopfung der Nase, stärkere Secretion, fauliger Geruch und Geschmack deuten immer darauf hin, dass noch ein Wattebausch in der Nase zurückgeblieben ist. Die Anwendung der Bellocque'schen Röhre ist nur dann geboten, wenn die blutende Stelle so dicht an der Choane liegt, dass ein wirksamer Druck des eingeführten Tampons nicht möglich ist. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1907 No. 2.)

— Die **Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjectionen** hat Dr. G. Schubert (Univers. Frauenklinik Breslau) in einem Falle mit promptem Erfolge durchgeführt. Das Kind erhielt am Mittag des vierten Tages je 10 ccm einer 2%igen Lösung subcutan in beide Rückenhälften injicirt, gegen Abend noch einmal 20 ccm und am Mittag des folgenden Tages 10 ccm, worauf der Umschwung zum Besseren eintrat und das Kind genas.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1907 No. 7).

Epilepsie. **Ein Fall von genuiner E. mit darauffolgender Dementia paralytica** wird von Dr. Pelz (Psychiatr. Klinik Königsberg) beschrieben. Der Pat. hatte zweifellos früher an E. gelitten, die in der Pubertät begann, und nach einer Reihe von Jahren kamen dann keine Anfälle mehr, aber es entwickelte sich das Bild der Paralyse. Handelt es sich nun vielleicht bei den epileptischen Erscheinungen um ein durch lange Remission getrenntes Prodromalstadium der Paralyse, sodass wir keine E. mit darauffolgender Paralyse, sondern nur eine Paralyse mit initialen Krampfanfällen haben? Autor schliesst dies hier aus: In frühester Pubertät ist Pat. an seiner E. erkrankt; acht Jahre liegen zwischen dem Latentwerden der E. und dem Auftreten der ersten paralytischen Erscheinungen; dazwischen hat Pat. zwei Schädigungen erlitten, die für Paralyse aetiologisch eine so grosse Rolle spielen: Lues und Alkoholismus! Da handelt es sich zweifellos um zwei gesonderte Krankheiten. Wattenberg ist ja allerdings auf Grund einer Beobachtung zu dem Schluss gelangt, dass 1. die genuine E., eine bisher als selbstständig aufgefasste Psychoneurose, der progressiven Paralyse vorangehen und fliessend in sie überleiten könne; 2. dass die progressive Paralyse nicht an das Vorangehen von Lues gebunden sei, vielmehr endogen auch ohne solche zur Entwickelung gelangen könne, und

3. dass es sich vermuthlich bei der genuinen E. wie bei der progressiven Paralyse um pathogenetisch nahe verwandte, endogene Stoffwechselerkrankungen handeln müsse. Für diese Folgerungen enthielt obiger Fall keine Stütze. Sind doch hier auch Lues und Alkoholismus, die überwiegend angenommenen Ursachen der Paralyse sicher vorhanden gewesen! Das Zusammenvorkommen von E. und Paralyse ist überhaupt eine grosse Seltenheit, und besonders das unmittelbare Uebergehen von E. in Paralyse ohne andere „auslösende“ Momente und ohne dazwischenfallendes, jahrelanges Cessiren der E. kaum beobachtet. Wir haben es hier mit einer Combination zweier Psychosen zu thun, und zwar mit einer „successiven“ Combination, einer Combination coordinirter Geistesstörungen, d. h. eine endogene und eine exogene Psychose haben sich combinirt, im Gegensatz zu den „assimilirten“ Psychosen, wo je zwei endogene oder exogene Geisteskrankheiten zusammen vorkommen. Wir müssen uns also vorstellen, dass in dem Gehirn des obigen Pat. gleichzeitig zwei diffuse, chronische, verschiedenartige Processe stattgefunden haben.

(Neurolog. Centralbl. 1907 No. 1.)

— **Die Affectepilepsie, eine klinisch von der echten E. abtrennbare Gruppe,** schildern Oberarzt Dr. Bratz und Dr. Leubuscher (Anstalt Wuhlgarten der Stadt Berlin). Seit der Kindheit oder der Schulzeit treten bei den betreffenden, durchweg erblich belasteten Kranken — das Material bestand hier in der Mehrzahl aus Fürsorgezöglingen — vereinzelte Anfälle auf, meist mehr dem petit mal entsprechend, aber typisch-epileptischen, nicht etwa hysterischen Charakters. Diese Anfälle ereignen sich aber im Allgemeinen nur unter dem Einflusse von länger wirkenden Schädlichkeiten, insbesondere nach fortgesetzten psychischen Erregungen. In der Krankenanstalt hören sie regelmässig auf. Aber auch nach jahrelangem Aufenthalt in Wuhlgarten kehrten die Anfälle nach der Entlassung regelmässig wieder. Bei keinem aber der jetzt zum Theil eine Reihe von Jahren beobachteten Kranken ist eine fortschreitende Demenz, wie sonst bei Epileptikern zu bemerken. Angeborene Imbecillität allerdings kommt in verschiedenem Grade vor. Ausser den petit mal-Anfällen von typisch-epileptischem Charakter kommen auch andere Schwindelanfälle in allen möglichen Abstufungen der Bewusstseinstrübung bis zu ganz erhaltenem Bewusstsein und nur momentweisen Beschwerden, wie Schwarzwerden vor den

Augen, vor. Nur diese leichtesten „Schwindelgefühlsanfälle“ kamen auch ausnahmsweise, und zwar nach Erregungen, in der Anstalt vor. In allen diesen Punkten besteht eine grosse Aehnlichkeit mit der Alkoholepilepsie. Bei dieser ist es die Alkoholvergiftung, welche die epileptischen Anfälle unterhält, und die Abstinenz der Anstalt, welche sie aufhören macht. Bei der Affectepilepsie sind es seelische Erregungen und ähnliche, noch nicht genau bestimmbare Schädlichkeiten des Lebens ausserhalb der Anstalt, welche die Anfälle bedingen, die dann in der Ruhe der Anstalt aussetzen. Die körperliche Untersuchung von über 20 Affectepileptikern wies bei der Mehrzahl totale Hypalgesie nach. Ferner ergab sich, dass fast sämmtliche affectepileptischen Burschen von blassem, oft auffallend bleichem Aussehen waren. Bei der Blässe des Gesichts fiel die vasomotorische Labilität um so mehr auf; z. B. bekamen die Burschen schon bei geringen Erregungen sofort erhebliche Röthung des Gesichts, welche nach wenigen Minuten wieder der alten Blässe Platz machte. Dermographie fast durchweg sehr deutlich. Um chlorotische Individuen handelte es sich dabei, wie die genaue Untersuchung ergab, nicht. Die auffallende Blässe musste also auf einer besonderen Anlage des Gefässsystems beruhen. Jedenfalls aber ist die Abgrenzung der Affectepilepsie als besonderer Gruppe der E. schon durch die Eigenart des klinischen Verlaufes gerechtfertigt. Sie ist aber auch in mehrfacher Beziehung von Wichtigkeit. Ueber diese Punkte heisst es in der Arbeit wie folgt: „Wir wissen sehr wohl, dass derartige Kranke mit vereinzelten Attacken in der Litteratur schon längst, z. B. mit der Diagnose „epileptoide Anfälle“ vielfach erwähnt sind. Auch ist bei hierher gehörigen Kranken mit psychotischen, hallucinatorischen oder Dämmerzuständen bei vereinzelten, epileptischen Attacken der Kindheit oft schon in praxi die Diagnose eines epileptischen Zustandes gestellt. Mehrere unserer Kranken sind wegen eines solchen Zustandes, welchen sie in der Erziehungsanstalt durchmachten, und wegen erblicher Belastung mit der Diagnose „epileptische Veranlagung“ nach Wuhlgarten geschickt worden. Hier liess sich — oft erst nach Jahren — entweder bei Entlassung durch den weiteren Verlauf oder bei Besuchen Angehöriger durch die Anamnese nachweisen, dass die Betreffenden auch vereinzelte Schwindel- oder Krampfanfälle von epileptischem Charakter gehabt hatten. Der gerade jetzt actuelle Streit, ob es auch epileptische Dämmerzustände ohne epileptische Anfälle der betreffenden

Individuen giebt, dieser ganze Streit löst sich nach unseren vieljährigen Erfahrungen oft dadurch auf, dass gerade forensisch zur Beurtheilung gelangende, epileptische Dämmerzustände nach psychischen Erregungen häufig nicht echte Epileptiker mit oft sich wiederholenden Anfällen und progressiver Demenz betreffen, sondern eben gerade unsere Affectepileptiker, bei denen der Nachweis der einzelnen. frühzeitigen Attacken in praxi oft nicht möglich ist. Je vereinzelter schliesslich die Anfälle gewesen sind, je geringer bisher seelische Erregungen und ähnliche anfallsauslösende Schädlichkeiten auf die betreffenden Individuen gewirkt haben, desto eher wird man sie in das Heer der Erblich-Psychopathen einreihen, ohne gleichzeitig Epilepsie zu constatiren. So findet sich bei Kluge eine glänzende Schilderung der geistigen Verfassung von seelisch abnormen Fürsorgezöglingen, die ganz und gar auf unsere Affectepileptiker passt, ohne dass epileptische Anfälle berührt werden. Erblich-psychopathische, aber erwachsene Personen behandelt auch Oppenheim in einer Arbeit, auf welche wir schliesslich auf's Nachdrücklichste hinweisen müssen. Oppenheim hat eine Reihe von Kranken beobachtet, welche unseren Affectepileptikern offenbar nahe stehen. Es handelt sich auch um erblich belastete Kranke, und zwar bei Oppenheim um solche, bei denen *Tics,* Angstzustände, Phobien und Zwangsvorstellungen, ausserdem vasomotorische Störungen die Symptomatologie beherrschen — jene schwere Form der Neurasthenie, welche als Psychasthenie bezeichnet wird. Bei diesen Kranken hat nun Oppenheim gesehen, dass im Anschluss besonders an psychische Strapazen, aber auch bei anderen Schädlichkeiten vereinzelte Anfälle auftreten, gewissermaassen als Culmination der neurasthenischen Erscheinungen. Oppenheim nennt diese Anfälle „psychasthenische Krämpfe". Gegen echte Epilepsie grenzt Oppenheim aus denselben Gründen wie wir, diese Kranken ab, weil die Intelligenz nicht leidet und weil die Anfälle mit Eintritt günstigerer hygienischer Bedingungen prompt aufhören. Der Unterschied zwischen den beobachteten Kranken besteht darin, dass unsere Kranken im Gegensatz zu denen Oppenheim's durchweg Anfälle schon seit der Kindheit haben, dass sie zwar auch nach Erregungen, aber keineswegs als Steigerung des neurasthenischen Symptomencomplexes auftreten, dass überhaupt Phobien, Tics und Zwangsvorstellungen von uns nicht beobachtet sind. Ob diese Unterschiede wesentlich sind oder nur der zufälligen,

äusserlich bedingten Zusammensetzung unseres Materials entspringen, können wir heute nicht entscheiden; doch neigen wir zu letzterer Auffassung."

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 15.)

Hysterie. Eine **scheinbare Makrochilie bei H.** fand Dr. L. Bleibtreu (Evangel. Krankenhaus Köln) bei einem 13jähr. Mädchen. Bei diesem besteht seit etwa ¼ Jahr die eigenartige Veränderung an den Lippen. Dieselben erscheinen stark aufgeworfen und verdickt, wodurch der Mund Aehnlichkeit mit einem Schweinsrüssel erhält. Man dachte beim ersten Anblick an eine entzündliche Affection, aber erkannte bald, dass ein nervöses Leiden vorlag. Keine Schrundenbildung, keine entzündliche und oedematöse Schwellung. Musculatur der Lippen bretthart anzufühlen. Es lag eine Contractur derselben auf hysterischer Basis vor. Deutliche hysterische Stigmata zu constatiren: totale rechtsseitige Hemianaesthesie, Störungen des Muskelsinns rechterseits, ferner rechts Aufhebung der Geschmacksempfindung und des Geruchsinns, endlich völlige Taubheit rechts. Sonstige Contracturen fehlen. Die Diagnose wurde durch den weiteren Verlauf bestätigt. Bei faradischer und hydriatischer Behandlung, kräftiger Ernährung etc. schwand nach einigen Wochen die Contractur vollkommen.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 6.)

— **Bewerthung einer traumatischen Hysterie,** Gutachten der Medicinischen Universitätsklinik zu Bonn, erstattet von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Schultze und Dr. Eschbaum: Der 1872 geborene Maurergeselle K. stürzte am 20. Januar 1906 vier Meter tief herab und erlitt dabei eine Gehirnerschütterung, Quetschung des linken Armes und mehrerer Rippen, sowie des rechten Hüftgelenks und der rechten Leistengegend. Nach drei Monaten, als die Berufsgenossenschaft sich mit dem Unfall befasste, waren die Weichtheilverletzungen und Brüche gut verheilt und verursachten keine erheblichen Beschwerden mehr. Aber es bestand noch Schwindelgefühl, Herzklopfen, Kopfschmerzen und schlechter Schlaf, sodass der behandelnde Arzt hochgradige nervöse Reiz- und Schwächezustände annahm, die er als traumatische functionelle Nervenkrankheit bezeichnet, in Folge deren der Mann zur Zeit völlig erwerbsunfähig sei; es werde dauernde theilweise Erwerbsunfähigkeit zurückbleiben, wenn es nicht gelinge, dem Mann das verlorene Selbstvertrauen zurückzugeben. Es komme in erster Linie

darauf an, den Mann dazu zu bringen, sich mit leichter Arbeit zu beschäftigen, da dies nach seiner Ueberzeugung das beste Mittel zur Gesundung des Nervensystems bildet. Er empfiehlt erneute Untersuchung nach einem halben Jahre. Diese erfolgte in der Königl. Universitätsklinik zu Bonn, deren Gutachten wir unter Uebergehung der Geschichtserzählung folgendes entnehmen: K. ist ein mittelkräftig gebauter Mann von mässigem Ernährungszustande und blasser Gesichtsfarbe, die Schleimhäute waren gut gefärbt. Er machte stets einen traurigen, gedrückten Eindruck und verkehrte fast nie mit seinen Mitkranken. Der Schlaf war schlecht, er wurde meist wachend angetroffen. Der Appetit war schlecht, das Körpergewicht nahm während der Behandlung von 72,7 auf 69,4 kg ab. Die Untersuchung des Nervensystems ergab etwas lebhafte, aber nicht krankhaft gesteigerte Reflexe; eine Ausnahme machte der Fusssohlenreflex, welcher fehlte, eine Aufwärtsbewegung der grossen Zehe wurde nie gesehen. Das Gefühlsvermögen war in charakteristischer Weise verändert. Während die Berührungsempfindung nur geringe Störungen zeigte, war die Schmerzempfindung am rechten Bein und am linken Arm so stark herabgesetzt, dass man hier erhobene Hautfalten ohne Schmerzäusserung durchstechen konnte. Die Gehirnnerven zeigten keine krankhaften Veränderungen. Das Herz erwies sich, abgesehen von zeitweise bestehender, mässiger Pulsbeschleunigung als nicht nachweisbar erkrankt. Die Pulszahl betrug durchschnittlich 80—84 Schläge in der Minute, zu Anfang der Beobachtung wurden einige Male 104—108 Schläge notirt; dabei war der Puls stets kräftig und regelmässig. Die Schläfenarterie zeigte leichte Schlängelung, jedoch ohne deutliche Verhärtung; der Blutdruck war normal. Auch an den Athmungs- und Verdauungsorganen war nichts von der Norm Abweichendes zu finden. Es bestand kein Husten, kein Auswurf, ebensowenig Fieber und Nachtschweisse. Der Stuhlgang erfolgte regelmässig, der Urin war frei von Eiweiss und Zucker. — Während der etwa zweimonatigen Behandlung mit Bädern, feuchten Packungen und inneren Mitteln wurde angeblich keine Besserung erzielt, K. brachte vielmehr bei der Entlassung dieselben Klagen vor wie nach der Aufnahme. Am 5. September trat während des Gottesdienstes plötzlich ein etwa eine Minute lang dauernder Krampfanfall auf, bei dem er, nach Angaben der Krankenschwester, bewusstlos zusammenstürzte und krampfhafte Zuckungen in Armen und Beinen bekam. Nach diesem

Anfall, in dem er sich keinerlei Verletzungen (besonders Zungenbiss) zuzog, bestand angeblich Kopfschmerz, starke Müdigkeit, jedoch kein Schlaf. Beurtheilung. K. leidet somit an einer mit dem Unfall im ursächlichen Zusammenhang stehenden Hysterie. Ob nicht ausserdem noch eine Epilepsie daneben anzunehmen ist, ist möglich, aber nicht mit Sicherheit zu entscheiden, da der einzige aufgetretene Krampfanfall ärztlicherseits nicht beobachtet wurde. Aus diesem Grunde hatten wir vor, K. noch einer längeren Beobachtung zu unterziehen; er wurde jedoch auf seinen dringenden Wunsch hin gegen unseren Rath am 17. September entlassen. Aeussere von dem Unfall herrührende Verletzungen bestanden nicht mehr. Wir schätzen den Grad der Erwerbsbeschränkung auf etwa 40—50 % und empfehlen eine Nachuntersuchung nach Ablauf eines Jahres. In Anbetracht dessen, dass jederzeit ein solcher Krampfanfall eintreten kann, empfehlen wir, den K. nur auf ebener Erde zu beschäftigen. — Auf hartnäckiges Bestreiten jeglicher Arbeitsfähigkeit wurde K. am 22. November 1906 wiederum in der Klinik von denselben Herren untersucht, worüber folgendes Gutachten abgegeben wurde: Wie aus dem früheren Gutachten, dass auf Grund einer zweimonatigen Beobachtung erstattet ist, genügend hervorgeht, konnten bei K. keine organischen Veränderungen irgend welcher Art nachgewiesen werden, alle Beschwerden erklären sich vielmehr aus der bestehenden hysterischen Erkrankung. Es ist bekannt, dass derartige Kranke mit sogenannter traumatischer Hysterie sich für schwer krank und vollkommen arbeitsunfähig halten, während sie es in Wirklichkeit nicht sind. Schwere und verantwortliche Arbeit kann K. natürlich nicht leisten, wohl aber leichtere, nicht zu andauernde (z. B. Portierdienst, Arbeit in sitzender Stellung). Auch liegt es im Interesse des Kranken, die Rente nicht zu hoch zu bemessen, damit er allmählich wieder zur Arbeit geht und die Ueberzeugung gewinnt, dass durch die Arbeit eine Besserung seines Zustandes erzielt wird. (Medicin. Klinik 1907 No. 15.)

Intoxicationen. **Ueber den anatomischen Befund bei der Benzinvergiftung** stellt Priv.-Doz. Dr. Fr. Reuter (Inst. f. gerichtl. Medicin in Wien) auf Grund seiner Erfahrungen folgende Sätze auf:

1. Der anatomische Befund bei der Benzinvergiftung ist durch folgende Merkmale charakterisirt: Hyperaemie der Hirnhäute und des Gehirns, Haemorrhagien unter der Pleura

und lobuläre haemorrhagische Herde in den Lungen, namentlich in den Unterlappen, acut-entzündliche Veränderungen im Magen- und Darmtractus, die manchmal haemorrhagischen Charakter annehmen.

2. Die letzteren Erscheinungen sind auf die localirritirende Wirkung des verschluckten, die Gehirnhyperaemie auf die vasoparalytische Wirkung des resorbirten Giftes zurückzuführen. Bei der Deutung der haemorrhagischen Herde im Lungengewebe ist neben der letzteren Wirkung auch noch der Umstand zu berücksichtigen, dass Benzin aspirirt wurde, wie die mikroskopische Untersuchung im Falle 1 erwies. Diese Herde sind somit der Beginn einer Aspirationspneumonie.

3. Blutveränderungen konnte ich keine constatiren, ebensowenig degenerative Veränderungen am Herzmuskel oder in der Leber, welche auf eine Giftwirkung zu beziehen wären. Nur in den Nieren fand sich eine starke parenchymatöse Degeneration vor, offenbar hervorgerufen durch die durch diese Organe zum Theile besorgte Ausscheidung des Giftes. (Wiener med. Wochenschrift 1907 No. 10.)

— **Ueber Isoformintoxicationen** berichtet Dr. E. Urbantschitsch (Wien). Er hat solche bei drei Fällen erlebt, wo er nach Radicaloperation am Ohr 10%ige Isoformgaze benutzte resp. 5%ige Emulsion einträufeln liess. Es stellten sich sehr bald Erscheinungen seitens des Nervensystems ein, Schwindel, Krampfzustände, die nach Entfernung des Isoforms wieder schwanden. Nach Versuchen von Takayama wirkt auch Isoform lähmend auf die Nervencentren und führt zu einer Zersetzung des Blutes, besonders wo es mit diesem direct in Berührung kommt. Bei äusserer Application des Mittels ist ja die Wahrscheinlichkeit einer Vergiftung nicht allzugross, es gehört offenbar eine besondere Disposition dazu, die erstens in günstigen Aufnahmebedingungen des Isoforms ins Blut besteht und zweitens in einer leichteren Erregbarkeit des Nervensystems zu suchen ist. Die letztere Disposition bestand in zwei der obigen Fälle zweifellos, indem bei dem einen schon früher einmal analoge Anfälle bestanden hatten, im anderen eine allgemeine Nervosität offenkundig war; in beiden Fällen genügte also wohl ein vielleicht nicht einmal allzugrosser Reiz auf das Centralnervensystem, um jene Symptome hervorzurufen. Im dritten Falle könnte der Grund in besonders günstigen Verhältnissen für die Blutzersetzung und die Aufnahme letzterer Producte in das

kreisende Blut gelegen sein, wobei noch zu bedenken ist, dass vielleicht auch die Nähe des Gehirns von dem Orte der Blutzersetzung eine Rolle spielt. Man sollte daher Isoform nicht bei Personen mit nervöser Veranlagung benutzen, nicht bei Blutungen, nicht bei sehr grossen Wundflächen und nie innerlich.

(Wiener klin. Rundschau 1907 No. 8.)

— **Jodismus nach Sajodin** beobachtete in einem Falle Dr. M. Sussmann (Berlin). Es giebt also Pat., die ihre besondere Empfindlichkeit gegen Jod auch beim Sajodin beweisen, und mit dieser Thatsache muss man also auch bei letzterem, das Autor für eines der besten Jodmittel hält, immerhin rechnen.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1907.)

— **Einen Fall von Veronalvergiftung** erlebte Dr. R. Topp (Kreuzburg, O.-S.) bei sich selbst. Wegen einer leichten Agrypnie nahm er gegen $2^1/_2$ Uhr Nachmittags 0,75 g Veronal. Nach $^3/_4$ Stunde stellte sich eine Art Halbschlummer ein, der bis 10 Uhr Abends währte. Da nahm Autor einen Teller Fleischsuppe zu sich und eine halbe Stunde später wieder 0,75 g Veronal. Sehr bald tiefer Schlaf bis am andern Morgen 9 Uhr. Dann ausgezeichnetes Befinden, nur lästiges Gefühl von Trockensein und Kratzen im Schlunde, sowie Druck auf die Blase. Als Autor jetzt urinirte, kam ein blutrother Urin. Viel Eiweiss darin, zahlreiche rothe Blutkörperchen, vereinzelte gekörnte Cylinder. Subjectiv als einziges Symptom sehr starkes Schwindelgefühl mit Neigung nach rechts zu fallen. Dieser Zustand besteht noch jetzt (drei Tage später). Autor war früher stets gesund und hielt sich von allen Excessen frei. Der Fall zeigt, dass man auch bei Veronal mit Idiosyncrasien zu rechnen hat und vorsichtig sein muss.

(Therap. Monatshefte, März 1907.)

— **Ein Fall von acuter Medicinalvergiftung mit Tinct. Strophanti** wurde von Dr. G. Neumann (Landsberg a. W.) beobachtet. Eine 50jährige Frau hatte Tinct. Strophanti verschrieben bekommen. Anstatt drei Tropfen zu nehmen, nahm sie die Flasche an den Mund und trank einen Schluck. Sie bekam heftiges, unstillbares Erbrechen, starken Würgreiz, Unregelmässigkeit und Gespanntsein des Pulses, Herzangst, zeitweilige Amblyopie, Doppeltsehen, starkes Flimmern vor den Augen, in den ersten

Tagen auch heftigen Kopfschmerz. Morphium versagte. Trotzdem genas Pat., wahrscheinlich in Folge ihres recht widerstandsfähigen Körpers und weil sie einen Theil des Giftes wieder ausgebrochen hatte. Sie hatte etwa 2,5 ccm der Tinctur genommen (Maximaldosis 0,5 g, pro die 1,5 g!).

(Therap. Monatshefte, April 1907.)

Odontalgie. Priv.-Doc. Dr. H. Naegeli-Akerblom (Genf) empfiehlt als ausgezeichnet wirkend:

Rp. Cocain. mur.
Acid. carbolic. liquef. aa 1,0
Glycerin 8,0
M. D. S. Mittels Wattepfropf in die Zahnhöhle einführen, oder, bei Schmerzen in Zahnwurzeln so anzuwenden, dass der Wattetampon auf den Stumpf aufgelegt und mit Guttaperchapapier bedeckt ca. 1/2 Stunde fest aufgepresst wird.

(Therap. Monatshefte März 1907.)

— Zahnarzt Dr. M. Kner (Wien) hat als Allheilmittel gegen allerlei Schmerzen in den Zähnen Betupfungen und Bepinselungen des Zahnfleisches mit folgender Lösung schätzen gelernt:

Rp. Tannin 2,0
Spirit. rectif. 10,0

Diese Lösung (Vorsicht mit der Wäsche!) festigt auch prompt locker gewordene Zähne.

(Wiener med. Presse 1907 No. 11.)

Pneumonie. **Zur Kasuistik der Pneumokokkenmetastasen** schildert Dr. A. v. Khautz jr. (k. k. Rudolfstiftung, Wien), drei Fälle von metapneumonischer Eiterung, von denen die beiden ersten das Kniegelenk, der dritte die Regio scapularis betraf. Im Eiter fand sich stets der Diplococcus lanceonatus in Reincultur.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907 No. 8.)

— Ueber **Contusionspneumonie** lässt sich Prof. Dr. M. Litten (Berlin, Städt. Krankenhaus, Gitschinerstr.) aus und berichtet über zwei Beobachtungen der letzten Zeit. Bei der ersten handelte es sich um einen 31jähr. Arbeiter, welcher ca. drei Meter hoch von einer Leiter herunter und mit

dem Thorax auf eine scharfe Holzrinne aufgefallen war. Unmittelbar nachher wurde der Mann blass, schwindlig, taumelte und erbrach. Nachdem er auch am nächsten Tage gekränkelt, erkrankte er am Morgen des dritten Tages mit Schüttelfrost, am Abend wurde der Beginn einer P. festgestellt. Am vierten Tage Erscheinungen sehr stürmisch; am Morgen des fünften Tages Exitus. Der behandelnde Arzt hielt den Fall für eine Contusionspneumonie und sprach den Hinterbliebenen die Unfallsrente zu. Ein anderer Arzt, von der Berufsgenossenschaft aufgefordert zur Begutachtung, leugnete einen Zusammenhang zwischen P. und Trauma, zumal Pat. äusserlich keine erkennbaren Zeichen des letzteren davongetragen. Litten gab das geforderte Obergutachten dahin ab, dass zweifellos jener Zusammenhang bestände und die Rentenansprüche berechtigt seien. Er hatte sich schon früher mit solchen Fällen beschäftigt und sie als „Contusionspneumonie" bezeichnet, um im Gegensatz zur traumatischen P., die durch das Eindringen von scharfen resp. spitzen Gegenständen und Projectilen in den Thorax zu Stande kommt, zum Ausdruck zu bringen, dass es sich bei der Contusionspneumonie lediglich um die Einwirkung stumpfer Gewalten handelt, um eine plötzliche und ausgiebige Compression des Lungengewebes. In solchen Fällen treten fast ausnahmslos keinerlei Erscheinungen auf der äusseren Haut auf, ja selbst bei den schwersten Läsionen, die die Brusteingeweide betreffen, wie Zerreissung ganzer Lungenlappen und des Herzens, brauchen absolut keine äusseren Zeichen des stattgehabten Traumas nachweisbar zu sein. Im Gegensatz dazu findet man ausgedehnte Sugillationen auf der Brust in Fällen, in denen die Lungen absolut keinen Schaden erlitten haben. Ebenso braucht die P. nicht an derjenigen Stelle aufzutreten, wo der Unfall direct eingewirkt hat. Es kann z. B. jemand einen Stoss vorn gegen den oberen Theil des Thorax erhalten, und er bekommt eine P. des Unterlappens, oder die P. tritt hinten am Rücken zunächst auf, ja selbst auf der entgegengesetzten Seite. Wenn ältere Veränderungen vorhanden sind, z. B. tuberculöse Infiltrationen, so wirken diese als locus minoris resistentiae, und an dieser Stelle kann, wo auch immer der Unfall die Brust getroffen hat, zunächst die P. zum Ausbruch kommen. Bei den Unfällen selbst handelt es sich meist um Fall auf den Thorax von höher gelegenen Orten, Stoss gegen den Thorax (Hufschlag, Deichsel), Compression zwischen Puffern u. dgl., Ueberfahrenwerden.

Verschüttung, Misshandlung des Thorax (Draufknieen, Faustschläge, Herabfallen schwerer Gegenstände auf den Thorax), endlich um das Heben schwerer Gegenstände. Letztere Aetiologie lag der zweiten Beobachtung zu Grunde. Auf dem Güterbahnhof sollte ein beladener, entgleister Wagen wieder eingehoben werden. Unmittelbar danach klagte der eine Arbeiter über heftige Bruststiche und wurde sehr blass. Tags darauf Unwohlsein, am nächsten P., und 5 Tage nach dem Unfall Exitus. Der behandelnde Arzt brachte die P. in Zusammenhang mit dem Heben des Wagens, ein zweiter Arzt leugnete diesen, und Autor gab in seinem Obergutachten dem ersten Arzt Recht, zumal er bereits drei Fälle gesehen hatte, wo das Heben schwerer Lasten zu einer P. geführt hatte. Bei solchen Beurtheilungen über Zusammenhang zwischen Traumen und P. sind besonders drei Punkte zu berücksichtigen: 1. Es muss ein Trauma von bestimmter Beschaffenheit eingewirkt haben (siehe oben). 2. Der Pat. darf vorher keine P. gehabt haben (wobei zu beachten ist, dass jemand mit einer P. behaftet bisweilen noch arbeiten kann!), wohl aber darf er sonst lungenkrank gewesen sein; denn wenn jemand mit einer chronischen Erkrankung bis dahin gearbeitet hat, dann in Folge eines Unfalls eine P. bekommt, so ist die Rente durchaus berechtigt! 3. Die Zeit zwischen P. und Trauma (Incubationsstadium) muss so sein, dass wir die P. noch als Contusionspneumonie anerkennen dürfen. Je kürzer diese ist, um so klarer ist der Zusammenhang. Autor hält 1—2 Tage für die gewöhnliche Frist, in welcher eine P. sich an den Unfall anschliesst. Die kürzeste Zeit, die er beobachtete, waren 10 Stunden. Aber auch eine P., die am vierten, eventuell fünften Tage, gelegentlich noch am sechsten sich entwickelt, ist noch hierin zu rechnen. Sicher zu entscheiden, ob eine so spät einsetzende P. noch Contusionspneumonie ist, ist unmöglich, weil letzterer klinische Characteristica fehlen (s. unten). Aber man wird doch in manchen Fällen noch die Möglichkeit zugeben können, mit der Einschränkung, dass man ausführt, dass, wenn man auch nicht mit Bestimmtheit den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und P. zugeben könne, jedenfalls der Tod, der bei den Contusionspneumonien verhältnissmässig sehr frühzeitig einzutreten pflegt, wesentlich durch den Einfluss des traumatischen Choks begünstigt und beschleunigt worden ist. Der Einfluss dieses Choks kann sehr bedeutend sein, wie Autor selbst aus Erfahrung weiss. Er selbst wurde vor einem Jahre über-

fahren, und wenn das Trauma auch noch nicht zu den schlimmen gehörte, so hat er doch unter dem Chok sehr lange gelitten und so stark, dass er es sehr wohl versteht, dass jemand, der einen Unfall erlitten, zu dem sich noch eine P. gesellt, in viel höherem Grade gefährdet ist, als ein anderer, der sonst eine P. acquirirt. Was das Verhalten des Pat. während des Incubationsstadiums betrifft, so arbeitet der eine noch, der andere nicht. Unter keinen Umständen darf jedoch dem Manne, der bis zum Eintritt der P. arbeitet, dies zu seinen Ungunsten ausgelegt werden; das ist auch bei einer Contusionspneumonie ganz gut möglich. Die letztere unterscheidet sich manchmal gar nicht von einer gewöhnlichen P. in ihrem klinischen Verhalten; es können alle Erscheinungen ebenso vorhanden sein. Das einzige, was vielleicht charakteristisch ist, ist der blutige Auswurf, der sehr profus sein kann, wobei das Sputum weniger klebrig ist, als das gewöhnliche rostfarbene Sputum, und sogleich beim Beginn der Krankheit gefunden wird. Man findet aber in anderen Fällen auch das typische rostfarbene Sputum. Auch Albuminurie, Milzschwellung etc. kommen bei der Contusionspneumonie vor. Sie verläuft ferner häufig mit einer trockenen Pleuritis; ein pleuritisches Exsudat hat Autor noch nicht gesehen. Charakteristisch für Contusionspneumonie ist der schnelle Tod, der wohl auf die Chokwirkung zurückzuführen ist. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 13.)

Strictura oesophagi. **Eine durch Fibrolysin geheilte St.** beschreibt Dr. P. Michaelis (Kinderkrankenhaus Leipzig). Einem achtjährigen Mädchen war vor zwei Jahren ein Kirschkern in der Speiseröhre stecken geblieben, und durch Schrumpfung bei der Heilung der Decubitalgeschwüre war eine Oesophagusstrictur entstanden. Dieselbe wurde so eng, dass jede Nahrungszufuhr per os unmöglich wurde. Man konnte keine Sonde hindurchführen; stets fand sich ein unüberwindbares Hinderniss in der Entfernung von 15 cm von der Zahnreihe. Tränkte man diese Stelle mit Novocain-Adrenalin, so konnte man nach einiger Zeit eine Sonde No. III Charrière durchführen. Nun wurde Fibrolysin (Merck) alle drei Tage (jedesmal 2,3 ccm) an wechselnden Stellen (Armen, Rücken, Nacken) eingespritzt, daneben früh und Abends sondirt. Nach der sechsten Injection passirte Sonde No. IX leicht die Strictur und nach der siebenten Injection fiel Sonde No. X glatt hindurch, das Kind konnte beschwerdelos jede Nahrung geniessen.

(Medicin. Klinik 1907 No. 10.)

Strictura urethrae. Die Wirkung von Fibrolysin-Injectionen bei Harnröhrenverengerungen ist, wie sich Dr. Schourp (Danzig) bei drei Fällen überzeugen konnte, eine recht gute. „Wenn auch die angeführten Fälle in der Anzahl nur gering sind, so glaube ich doch in ihrem Verlauf bestätigt zu sehen, dass das Fibrolysin ein wesentliches Hülfsmittel der dilatirenden Behandlung ist, dass es durch Erweichung des die Verengerung umgebenden Narbengewebes die mechanische Behandlung erleichtert, die Heilung dadurch beschleunigt und dem Eintritt von Recidiven entgegenwirkt." Zu jeder Injection (subcutan in die Oberschenkel) wurde eine Ampulle v. Merck (2,3 ccm Fibrolysin) verwandt. (Therap. Monatshefte, December 1906.)

Tuberculose. Ueber Ernährung Lungenkranker lässt sich Prof. Dr. A. Moeller (Berlin) aus. In der Phthiseotherapie ist ein Hauptgewicht auf rationelle Ernährung, auf Uebererernährung zu legen. Jeder Pat. ist also zunächst auf das Intactsein des Digestionsapparates zu untersuchen, damit etwa vorhandene Störungen im Magendarmtractus gleich beseitigt werden. Bei Appetitlosigkeit braucht man in der Regel nicht gleich Medicamente anzuwenden; streng geregelte Lebensweise, viel Aufenthalt im Freien, Spazierengehen mit abwechselnder Liegecur wirken sehr bald günstig ein. Im Allgemeinen sollen dann die Speisen möglichst nahr- und fettreich sein, dabei am besten einer gemischten Kost entsprechen. Autor giebt pro Tag durchschnittlich: 400 g Fleisch, zubereitet (ca. 650 g roh), 450 g Kartoffel, $^1/_3$ l Gemüse, 120 g gekochtes Obst, 120 g süsse Speise von Gries, Sago, Reis etc. bereitet, 1 Ei, wenn jedoch zum Abendbrot Eierspeise gegeben wird, so 4 Stück, und Fleisch entsprechend weniger; 320 g Brod und Brödchen, 90 g Butter auf Brod, zum Zubereiten der Speisen 30 g; 40 g Kaffee, 20 g Cacao, 40 g Zucker, 2 $^1/_2$ l Milch (davon 1$^1/_2$ l zum Trinken, das übrige zur Speisebereitung). Am vortheilhaftesten häufige Mahlzeiten in kleinen Intervallen, am besten fünf immer zu bestimmten Stunden in folgender Tageseintheilung:

7$^1/_2$ Uhr früh (im Winter 8$^1/_2$): Kaffee oder Cacao, Brödchen mit Butter und 1—2 Glas Milch;

10 Uhr: Brod mit Butter und Milch;

1 Uhr: Suppe, Braten, Gemüse, Compot, süsse Speise und 1 Tässchen Mocca; als Getränk 1 Fl. Bier, 1 Glas Wein oder Selters;

4 Uhr: Kaffee oder Cacao, Brödchen mit Butter, 1—2 Glas Milch;

7 Uhr: Milchsuppe, warme Fleischspeise mit Kartoffeln resp. kalter Aufschnitt mit Bratkartoffeln oder Kartoffelsalat; oder Eierspeise und Käsebrödchen; als Getränk 1 Fl. Bier oder auch Milch. Bei besonderer Verordnung um 9 Uhr noch 1 Glas Milch.

Von Fleischsorten empfiehlt Autor besonders das Schweinefleisch als zweckmässig wegen seines grossen Fettgehaltes und seines Gehaltes an phosphorsaurem Kalk. Grosses Gewicht ist zu legen auf Butter und Milch. Von letzterer sollen aber pro Tag nur 1 ½ l getrunken werden. Warme Milch bewirkt bei vielen Pat. zu Beginn der Cur Obstipation, weshalb man hier kalte oder abwechselnd kalte und warme geben soll. Milch vor Genuss abkochen; sie ist so verdaulicher. Immer esse Pat. zur Milch etwas Brod oder Zwieback. Wo Milch nicht vertragen wird, setze man Kalkwasser zu; widersteht sie, dann Cognakzusatz. Manchmal Kefir oder Kumiss am Platze; auch dicke Milch in den heissen Sommermonaten. Alcoholica in mässigen Mengen sind von Nutzen (0,3 l gutes Bier Mittags, ab und zu auch Abends); das regt die Stimmung und den Appetit an. Anämischen Pat. giebt Autor öfters Morgens und Abends ein Glas kräftigen Südweins, oder Cognak oder Glühwein. Eier giebt er in den verschiedensten Formen: Eidotter mit Cognak und Zucker, Eierkuchen, rohe, gekochte Eier, Eierbier, Eidotter mit Milch. Blähende Kohlarten nur mit Maass! Salate, Compots öfters. Vorsicht bei Hülsenfrüchten! Fettzuführung ist Lungenkranken sehr nützlich, doch gebe man die Speisen nicht zu fett, da sonst Widerwillen eintritt; genügend wird Fett zugeführt durch Butter auf Brod und durch Milch. Manchmal thun künstliche Nährpräparate als Beikost gute Dienste, z. B. bei totaler Appetitlosigkeit. Mit Vorliebe giebt Autor Klopfer's Glidin (2—3 Esslöffel pro Tag, den Speisen oder Milch resp. Bier beigemischt) und Kufeke-Mehl (als Zusatz zu Speisen oder als Suppe); Kufeke-Suppen mit Rothweinzusatz auch bei Darmstörungen, bei Fieber und Anaemie recht empfehlenswerth. Von grossem Nutzen ist manchmal roher Fleischsaft. Gute Nährmittel sind noch Leberthran (Morgens und Abends 1 Esslöffel) und Glycerin:

Rp. Glycerin 180,0
Tct. Chin. comp. 20,0
S. 3mal tägl. 1 Esslöffel.

Bei fiebernden Pat. natürlich blande Diaet mit flüssiger Nahrung bei acuten Fieberanfällen. Bleibt das Fieber längere Zeit bestehen, so müssen die Pat. energisch angehalten werden, die dargebotenen Speisen zu nehmen. Empfehlenswerth ist es, 1—1½ Stunden vor der Mahlzeit 0,25—0,3 Pyramidon zu geben. Bei Blutungen kalte Milch-, Schleim- und Mehlsuppen; in den ersten Tagen möglichst wenig Nahrung. Bei Obstipation resp. Durchfällen ist die Ernährung demgemäss zu modificiren; im ersteren Falle wird man also vorzugsweise Compots, Schrot- und Grahambrod, Buttermilch, Honig u. dgl. reichen, im letzteren Roth- und Heidelbeerwein, Cacao, Reis, Schleimsuppen. (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1907.)

— **Zur Behandlung des Fiebers der Phthisiker mit Antipyreticis** macht Dr. Tollens (Städt. Krankenanstalt Kiel) bemerkenswerthe Mittheilungen. Er wandte mit bestem Erfolge Maretin an. Auch mit Phenacetin (1 g) liessen sich ja ganz gut Wirkungen erzielen, immerhin schien 1 g Phenacetin weder die Dauer noch die Stärke der Wirkung von 0,5 Maretin zu erreichen; auch wurden bei Phenacetin öfter üble Nebenwirkungen, Schweiss besonders beim Temperaturabfall, gesehen, als beim Maretin, welches recht wenig unerwünschte Zufälle zeitigte, wenn man es zur richtigen Zeit gab. Darauf kommt es sehr an, auch was die Wirkung des Fiebermittels selbst anbetrifft. Oft wirkt dasselbe viel zu stark, oft viel zu wenig, wenn der Zeitpunkt der Darreichung unrichtig gewählt wird. Man darf das Antipyreticum nicht während des rapiden, doch kaum aufzuhaltenden Ansteigens der Temperatur geben, andererseits auch nicht während der Neigung zum Abfall, sondern so, dass man dem Temperaturanstieg vorbeugt. Giebt man also 0,5 g Maretin vor dem Temperaturanstieg, so gelingt es nicht selten, letzteren völlig zu unterdrücken. Ist nach 8 — 12 Stunden die Wirkung abgelaufen, und weiss man entweder durch Messung oder durch Vergleichen mehrtägiger Temperaturcurven, dass ein Steigen der Temperatur nunmehr zu erwarten ist, so lässt sich durch eine zweite gleiche Dosis derselbe Effect erzielen. Die Punkte, auf die man überhaupt bei der Darreichung zu achten hat, sind folgende:

1. Möglichst genaue Feststellung des Fiebertypus durch zwei- bis dreistündige Messung.

2. Anwendung des Antipyreticums bei starker Höhe und langer Dauer des Fiebers, wenn der Kranke sehr

unter den Fiebererscheinungen leidet und dabei den Appetit verliert.

3. Darreichung des Mittels vor Beginn oder ganz zu Anfang der Temperatursteigerung.

4. Eventuell Darreichung des Antipyreticums über Monate hin zur Erzielung eines annähernd afebrilen Zustandes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 8.)

— **Ueber Behandlung der Drüsentuberculose mit subcutaner und interner Anwendung von Kochs Bacillen-Emulsion** schreibt Dr. Krause (Hannover): „Eine Complication der Lungentuberculose, die wir in Lungenheilanstalten, besonders in den privaten, weniger in den Volksheilstätten (in Folge der dort erfolgenden scharfen Auslese) häufig zu sehen und in Behandlung bekommen, ist die Tuberculose der Lymphdrüsen: von der nur wenig vergrösserten, verhärteten Drüse an bis zur erweichten, ja bis zum bereits nach aussen durchgebrochenen Drüsenabscess. Alle in der Chirurgie gebräuchlichen Mittel werden dagegen angewandt, wenn nicht, wie es in manchen, wenig vorgeschrittenen Fällen wohl zu geschehen pflegt, die auf hygienisch-diaetetischen Grundsätzen aufgebaute Freiluftbehandlung neben der Erkrankung der Lunge auch diejenige der Drüsen zur Heilung bringt; die grosse Mehrzahl der tuberculösen Drüsen aber muss früher oder später der chirurgischen Behandlung unterworfen werden. Ein auffallend günstiger Verlauf dieser Erkrankungen war nun seit Jahren bei den mit Koch's Bacillen-Emulsion behandelten Patienten festzustellen: kleine verhärtete, sowie auch grössere, etwas weiche und schmerzhafte Drüsen bildeten sich ausnahmslos zurück, wenn auch naturgemäss der Heilungsprocess ein langsamer, häufig auch schwankender war; aber auch bei erweichten Drüsen, wo schon deutliche Fluctuation vorhanden war, gelang es noch vielfach, durch sehr vorsichtige Anwendung der Bacillen-Emulsion unter Vermeidung jeder allgemeinen Reaction und ohne mit den Dosen erheblich zu steigen, die Erkrankung erst zum Stillstand, schliesslich auch zum Schwinden zu bringen. Irgend welche unangenehmen oder gefährlichen Folgeerscheinungen sind bei der Bacillen-Emulsion nicht zu befürchten, sofern man sich nur zur unverbrüchlichen Regel macht, nur mit kleinen Dosen (Münchener med. Wochenschr., No. 52, 1905) zu arbeiten. Die erkrankten Drüsen selbst pflegen in der Regel eine leichte Reaction zu zeigen, die sich event. in gesteigerter Druckempfindlichkeit, unter Umständen auch

Röthung der überdeckenden Haut äussert; und bei der subcutanen Anwendung werden auch die leichten Infiltrate an der Injectionsstelle meistens nicht fehlen, während die interne Darreichung (Phtysoremid) den letzteren Uebelstand natürlich vermeidet, aber ebenso gute Erfolge verspricht. In der Folge wurde zur Bacillen-Emulsion-Therapie bei reinen Drüsenerkrankungen übergegangen, und auch hier waren die Wirkungen meist, zum Theil überraschend, günstige. Und wenn auch die Bacillen-Emulsion vielleicht nicht in allen Fällen von Drüsentuberculose helfen und heilen kann, so ist doch in ihr ein sehr werthvolles Hülfsmittel gewonnen, das in den meisten Fällen versucht werden sollte, da man dadurch einer grossen, wenn nicht der grössten Anzahl der Kranken jeden operativen Eingriff ersparen und die schon vom cosmetischen Standpunkt aus unerwünschten Narben etc. vermeiden kann." (Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 2.)

— **Ueber die Bedeutung der Milchinfection für die Entstehung der primären Intestinaltuberculose im Kindesalter** lassen sich Prof. Dr. J. Fibiger und Dr. C. O. Jensen (Kopenhagen) auf Grund ihrer Erfahrungen und Untersuchungen aus und kommen zu dem Schluss, dass eine bedeutende Anzahl der Fälle primärer T. im Verdauungscanal bei Kindern von Infection durch Tuberkelbacillen des Rindes herrührt, und dass diese Infection ziemlich oft einen äusserst verhängnissvollen Verlauf nimmt. Es steht ausser Zweifel, dass der Genuss von roher Milch als eine bedeutsame Entstehungsursache der primären Intestinaltuberculose im Kindesalter betrachtet werden muss.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907 Nr. 4 u. 5.)

Tumoren. **Ueber Fieber bei Carcinom** lässt sich Dr. A. Alexander (Albu's Poliklinik, Berlin) auf Grund seiner bei einigen Fällen gemachten Beobachtungen aus und kommt zu folgenden Schlüssen: „Es gibt ein von Complicationen unabhängiges Carcinomfieber. Dasselbe ist an keinen Typus gebunden. Es ist bedingt durch Autointoxication, die durch Stoffwechselprocesse des Carcinoms selbst herbeigeführt wird. In den meisten Fällen handelt es sich bei fieberhaftem Carcinom um Tumoren der Bauchhöhle, besonders der Verdauungsorgane. Das häufigere Auftreten von Fieber bei ulcerirten Carcinomen ist von reinen Zufällen abhängig

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 5.)

— **Ein neues Heilprincip in der Behandlung der Krebskrankheiten** proclamiren Dr. H. Holländer und Dr. D. Pécsi (Budapest). Ausgehend von der Annahme, dass der Krebs auf infectiöser Ursache beruht, welche protozoenartiger Natur ist, suchten sie festzustellen, ob antiprotozoische Mittel therapeutisch einwirken. Solche sind: Arsen, Anilin und Chinin, Mittel, die nahezu allen bekannten Protozoenarten gegenüber von deletärer Wirkung sind. Es wurde Atoxyl benutzt (metaarsenigsaures Anilid), in dem bereits zwei der wirksamen Substanzen vorhanden sind, und zwar subcutan, daneben intern Chinin verabfolgt. Als klinisches Zeichen erfolgter Reaction war zunächst ein Stillstand im Wachsthum der Krebsgeschwulst anzusehen, sodann Zerfall, Verkleinerung, Resorption und Verschwinden derselben, endlich narbige Einheilung des entstandenen Substanzverlustes. Es war zu erwarten, dass, insofern die Atoxylinjectionen und die Chininmedication die ihnen zugemuthete Wirkung thatsächlich auszuüben im Stande sind, von Seite des kranken Organismus auch gewisse Symptome auftreten müssen, welche in Folge der durch den verhältnissmässig raschen Zufall des Krebsherdes mit einem Mal freigewordenen und in den Säftekreislauf sich vermischenden, concentrirten Toxine hervorgerufen werden und mit einer acuten Autointoxication nicht unähnlichen Symptomen (Temperaturerhöhnng oder Schüttelfrost) als Resorptionszeichen einhergehen. Das Heilverfahren bestand also zunächst in der subcutanen Anwendung einer 10%igen Atoxyllösung, aus welcher dem Pat. täglich um einen Theilstrich der Pravazspritze mehr injicirt wurde (Anfangsdosis ½ Spritze = 0,5 cm^3). Auf diese Weise können wir den Pat. die Atoxylzufuhr bis an die äusserste Grenze ihrer individuellen Toleranz zukommen lassen, die erfahrungsgemäss von 0,1 — 0,2 g dieses Mittels pro dosi et pro die schwankte. In den im Verlaufe von zwei Jahren behandelten zehn Fällen von verschiedenen inoperablen Carcinomen kam es nur in einem Falle zu Intoleranzerscheinungen (profuse Diarrhoe). Ist einmal die volle Tagesdosis durch vorsichtiges Emporsteigen erreicht, so kann man ruhig bei ihr längere Zeit bleiben; es wurde auch bei mehr als einem Monat hindurch fortgesetzter Maximaldosis kein Schaden gesehen. Bei dieser Höhe der Dosis wurde so lange verharrt, bis sich das erste Symptom des beginnenden Zerfalles (Fröste, Temperaturerhöhung) einstellte, zugleich ein Fingerzeig für die sofort vorzunehmende und von nun an wöchentlich 2mal zu wieder-

holende Kochsalzinfusion von 200—300 g der 0,7%igen Lösung. Vom Moment der Frostanfälle an wird die Tagesdosis des Atoxyls um täglich einen Theilstrich vermindert, bis wieder die Anfangsdosis von 0,5 ccm erreicht ist. Hierauf folgt unmittelbar wieder ein Turnus, welcher wie der erste verläuft, und diese Procedur wird so lange wiederholt, bis sich keine „Reaction“ mehr einstellt, zu deren Constatirung eine Beobachtungszeit von 14—20 Tagen genügt. Das ist sehr wichtig. Denn ein Verschwinden der sicht- oder fühlbaren Geschwulst darf nicht als Beendigungszeichen der Behandlung angesehen werden, da man sich nur durch das endgültige Aufhören der auch durch Infusionen nicht mehr provocirbaren Reaction darüber Gewissheit verschaffen kann, dass der Organismus keinen versteckten Krebsherd mehr enthält. Während der ganzen Behandlungsdauer erhält nun Pat. auch Chinin in folgender Form:

Rp. Cort. chin. chalisay 15,0
Cort. Condurang. 3,00
Aq. dest. 300,0
Mac. per hor. XII
Dein coq. ad remant. 150,0
Syr. Cort. aur. 50,0
M. D. S. 3mal tägl. 1 Esslöffel.

Um den Heilwerth des Verfahrens zu beurtheilen, dazu ist die Zeit noch zu kurz; aber das steht fest, dass sich eine specifische Reaction einstellte und dass nach 4—6 wöchentlicher Behandlung eine Raumverminderung der T. festzustellen war. Das Eintreten der Reaction zeigte auch ihre Zerstörung an. Allgemeinbefinden, Esslust, Kraft, Blutbefund wurden günstig beeinflusst. Die Erfolge mahnen, die Therapie nicht nur als Nothbehelf bei allen inoperablen Fällen heranzuziehen, sondern auch in den bereits operirten und vor Recidiven zu bewahrenden Krebsfällen davon Gebrauch zu machen. (Wiener med. Wochenschrift 1907 No. 11.)

Typhus. **Ueber ein Abortivverfahren bei T.** schreibt Dr. G. Beldau (Riga): „In Anbetracht äusserst befriedigender Resultate, wie ich sie seit Jahren zu verzeichnen hatte, nehme ich Veranlassung über ein Abortivverfahren bei Typhus abdominalis zu berichten. Die Mehrzahl der Beobachtungen betrifft zwar beginnende Krankheitsfälle; gleichwohl ist das Verfahren auch bei vorgeschrittenem Typhus

nicht aussichtslos, vorausgesetzt, dass der Kranke überhaupt noch fähig ist, Medikamente per os zu sich zu nehmen:

Rp. Camphorae trit.
Chinini muriat.
Naphthalini purissimi āā 0,15.
Ichthalbini 0,55.
M. f. pulv. D. tal. dos. No. 10
ad caps. amyl.
S. 3stündl. 1 Oblate; tagsüber, je
nach der Schwere, ebenfalls 4—6 Oblaten.

Gleichzeitig verordnet man:

Rp. Decoct. Salep. 200,0
Bismut. salicyl. 6,0
(Bei profuser Diarrhoe und Blutungen
Plumbi acetici 0,6.)
D. S. 3stündl. 1 Esslöffel; tagsüber, je
nach der Schwere des Falles, 4—6 Esslöffel.

Beide Mittel verabfolgt man wechselweise, so dass die verschiedenen Gaben 1½ Stunden auseinander liegen, die gleichen 3 Stunden. Bei entsprechender Diaet und den üblichen hydrotherapeutischen Maassnahmen tritt eine Wendung zur Besserung schon nach 24 bis 48 Stunden ein. Dasselbe Verfahren ist ausserdem mit gleichem Erfolg anwendbar bei allen Darmaffectionen auf infectiöser Basis. Allem Anscheine nach spielt bei obiger Medication die Hauptrolle das Ichthalbin, welches bekanntlich erst im alkalischen Darmsafte sich löst, um dann in statu nascendi als energisches Antibactericum zur Geltung zu gelangen. Eine ähnliche Wirkung kommt dem Naphthalin zu. Die Beigabe von Campher, Chinin, Salep, Bismut und Plumbum ist nicht unwesentlich, jedoch treten genannte Substanzen nur symptomatisch in Action."

(Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 8.)

— **Weitere Antworten auf die Umfrage über die Bäderbehandlung und die medicamentöse Behandlung des Unterleibstyphus** (s. d. vorigen Nummern): Geh.-Rath Prof. Dr. Krehl (Director der medicinischen Universitätsklinik in Heidelberg): Da die Behandlung des Abdominaltyphus eine rein symptomatische ist, so meine ich, sollte man sich von jedem Schema möglichst fernhalten. Die Ernährung lasse ich in der Klinik im Allgemeinen flüssig nehmen, mache aber bei stark Geschwächten im Nothfall Ausnahmen.

In der Klinik ist ja eine gewisse Gleichförmigkeit wegen des Personals nothwendig. Aber nie sollte darunter der Einzelne leiden. Für die Anwendung der Bäder — ich benutze die allmählich abgekühlten und nehme keine tiefen Temperaturen — ist für mich der Zustand der Psyche und der Lungen in erster Linie maassgebend. Manche Kranke werden gar nicht, andere ein-, zwei-, selbst bis vier- oder sogar — das allerdings sehr selten — fünfmal am Tage gebadet. Wie ich das von meinem Lehrer Curschmann lernte, scheint es mir das beste. Für den Kreislauf benutzen wir eventuell Wein, Kaffein, Campher, Digitalis. Mittlere Gaben Cognac und Wein erhalten bei uns die meisten Kranken — hier folge ich den Gepflogenheiten der Strassburger Klinik. Calomel geben wir, wenn Kranke mit frischem Typhus kommen. Eine gute statistische Uebersicht über die Wirkung des Calomels würde mir übrigens recht angebracht erscheinen. Phenacetin oder Pyramidon eventuell in kleinen Gaben bei Kopfschmerzen und Unruhe. Medicamentöse Antipyretica gebe ich im Allgemeinen nicht — treibe mit verschwindenden Ausnahmen überhaupt eigentlich keine Antipyrese. Bei sich lang hinziehenden geringen Temperatursteigerungen gebe ich manchmal Chinin — Nutzen hat es wohl nicht. Auf der Strassburger Klinik lernte ich, bei Darmblutungen das Opium möglichst zu meiden; bei schweren Haemorrhagien geben wir subcutan Kochsalz mit Gelatine. Das scheint mir sehr nützlich, weil dann weniger Meteorismus eintritt. Bei Perforation möglichst bald Laparotomie, ehe die Peritonitis da ist. In den ersten Stunden sind die Symptome minimal. Aber gerade dann die Aussichten gut. Sehr schwierig ist um diese Zeit die Diagnose.

Prof. Friedrich Schultze (in Bonn, Director der Medicinischen Universitätsklinik). In einer wenig beachteten und in der Litteratur versteckten Arbeit aus dem Jahre 1874 „über die Resultate der Kaltwasserbehandlung des Typhus abdominalis im academischen Krankenhause in Heidelberg" (Abhandlungen des Heidelberger Naturhist.-Medic. Vereins. Neue Serie. I. H. 1) habe ich über 648 Typhusfälle berichtet. Von ihnen wurde ein grosser Theil ohne Bäder, ein weiterer Theil mit milder und ein letzter mit energischer Kaltwasserbehandlung behandelt, während die sonstige diätetische und medicamentöse Behandlung sich gleich blieb. Die niedrigste Temperatur eines Vollbades betrug allerdings nur 16^{0} R., die gewöhnliche 18^{0} bis 20^{0}. Jede Temperatursteigerung über 39,5^{0}

wurde Tag und Nacht bekämpft, sodass in den ersten Fiebertagen öfters fast zweistündlich, bis zu 10mal am Tage gebadet wurde. Die Vollbäder dauerten 15—20 Min. an, und es wurden während derselben 2—3 Giesskannen voll kalten Brunnenwassers auf den Kopf und Nacken des Kranken ausgegossen. Dieses Wasser hatte durchschnittlich die Temperatur von 4—8° R. im Winter, und von 10—12° R. im Sommer. Ich muss diese ruhelose Anwendung der Kälte nach den Eindrücken, die ich u. a. persönlich bei einer schweren Typhuserkrankung von ihr hatte, als eine barbarische bezeichnen. Zuerst schien sie mir erträglich, aber allmählich wurde bei weiteren Bädern das Frieren so stark und trotz aller angewandten Willenskraft die Procedur so unerträglich, dass ich auf das Dringendste bat, von ihr abzulassen. Ich liess mich lieber auf ein grosses kaltes Wasserkissen legen, auf dem ich lieber Stunden lang hintereinander fror, als dass ich mich stets von Neuem dem Chok eines kalten Bades aussetzte, dessen äusserst unangenehme Wirkung auch durch die Frottierungen des in ein Bettlaken eingewickelten Körpers während des Bades nicht wesentlich abgeschwächt wurde. War nun durch diese energische Abkühlungsmethode, die doch noch immer nicht ganz das Brand'sche „Ideal" erreichte, die Mortalität des Typhus herabgesetzt worden? Darüber belehrte besonders die Statistik einer grossen Typhusepidemie im Jahre 1872 in Heidelberg. Es erkrankten während derselben 379 Personen. Von ihnen wurden in der Stadt Heidelberg ohne Kaltwasserbehandlung 273, in unserer Klinik mit Hilfe der geschilderten strengen Kaltwasserheilmethode 106 Kranke behandelt. Die in das Krankenhaus aufgenommenen Typhuskranken waren aber keineswegs besonders schwere oder gar in spätem Stadium der Erkrankung befindliche Fälle, sondern es handelte sich fast nur um junge, meist dem Alter von 25—28 Jahren angehörende Kranke, die sicherlich vielfach sorgfältiger verpflegt und behandelt werden konnten, als das oft in der Privatpflege möglich war. Eine verschiedene Virulenz der Infectionserreger konnte für die Fälle innerhalb und ausserhalb des Krankenhauses nicht angenommen werden. Es betrug nun die Mortalität in der Stadt Heidelberg 6,6 %, im Krankenhaus 6,5 %, war also die gleiche! Diese eindringlich sprechende Thatsache liess mich schon damals gegen die damals allgemein herrschende Liebermeistersche Lehre Front machen, dass wesentlich in der Temperaturerhöhung oder im Fieber die

Gefahr für den Kranken beruhe; sondern ich bezog mich auf die unbekannte, Fieber und Typhus zugleich erregende Ursache als das gefahrbringende Moment und stellte im Jahre 1876 bei meiner Habilitation sogar die damals ketzerische These auf: „Typhöse Symptome sind von der Temperaturerhöhung unabhängig". Freilich leugnete ich nicht zugleich eine günstige Wirkung der Wasserbehandlung überhaupt, besonders auch in ihren milderen Formen, wenn auch die Zahl der Darmblutungen unter der Anwendung der strengen Kaltwasserbehandlung unzweifelhaft anstieg, geradeso wie das schon Wunderlich, Ziemssen und Gerhardt beobachtet hatten. Denn wenn die Typhusmortalität der bäderlosen Zeit mit derjenigen der Badebehandlungsjahre für die Kranken der Klinik selbst verglichen wurden, so stellte sich heraus, dass je nach der Berechnungsart bei der Wasserbehandlung 1% bis 4% der Kranken weniger starben, als ohne die Badebehandlung, und dass die Dauer des Fiebers bei der Badebehandlung von durchschnittlich 27¼ auf 23 Tage sank. Das war immerhin ein nicht unbeträchtlicher Erfolg der Bäderbehandlung, wenn auch bei weitem nicht ein so glänzender, wie etwa bei der Liebermeister'schen bekannten Statistik. Wahrscheinlich haben aber bei den Liebermeisterschen Kranken zu Gunsten der erheblichen Verminderung der Mortalitätsziffern noch andere Umstände eingewirkt, wie z. B. die sonst sehr ungeeignete Art der Typhusbehandlung in dem Baseler Krankenhause vor dem Eingreifen von Liebermeister, während bei unseren Kranken auch schon vor der Einführung der Wasserbehandlung eine zweckmässige Diaet eingeführt war. Offenbar wird der günstige Einfluss der hydriatischen Proceduren wesentlich dadurch hervorgerufen, dass die Bäder, besonders wenn sie mit kühlen Uebergiessungen verbunden werden, Reinigungsmittel für die Haut und Erfrischungsmittel für den Organismus darstellen. Sie wirken also, wie allgemein anerkannt, gegen die Somnolenz, und dienen als Excitantien und als Expectorantien, können somit dem Decubitus, dem Eintritte von Pneumonien und dem gänzlichen Darniederliegen der Appetenz entgegenwirken. Nur bei der äusserst selten eintretenden übermässigen und darum schädlichen Hyperthermie kommen sie auch als abkühlende und stoffwechselvermindernde Methoden in Betracht. Ich habe darum auch später hier in Bonn eine milde Wasserbehandlung mit lauen und kühlen Bädern stets weiter angewandt und eine Durchschnittsmortalität

von 8,8% erzielt. Diese Mortalitätsstatistik bezieht sich auf 182 Fälle, die in der Zeit von 1889 bis 1904 in der medicinischen Klinik behandelt wurden. In Heidelberg betrug die Mortalität der Badebehandlung durchschnittlich etwa 10%, der im Allgemeinen auch jetzt noch beobachteten Durchschnittszahl der Sterblichkeit entsprechend. Die geringere Sterblichkeit meiner Bonner Kranken ist darauf zurückzuführen, dass verhältnissmässig viele Kindertyphen beobachtet wurden, nämlich 36, bei denen kein einziger Todesfall vorkam. In Heidelberg waren die Kindertyphen viel seltener. Die Wasserbehandlung wird so geleitet, dass die Kranken, falls nicht Kollapszustände, Darmblutungen, Darmperforationen und Venenthrombosen contraindiciren, bei Temperaturerhöhungen über 39,5° (in der Achselhöhle gemessen) in ein laues Bad gebracht worden, dessen Dauer im Minimum 10—15 Minuten, im Maximum 30 Minuten beträgt. Schrittweise wird je nach der Wirkungsweise des Bades die Temperatur des Wassers herabgesetzt, bis auf 24° R. oder etwas weniger. Bei Starkbenommenen wird eine kalte Nackendouche an den Schluss gesetzt. Im Bade werden die Kranken mit Badetüchern abgerieben. Nachts wurde nicht gebadet, zwei bis drei Bäder am Tage genügten meistens. Als höchsten Temperaturabfall beobachteten wir 4,3° C. Bronchitiden und Pneumonien contraindicirten selbstverständlich nicht, sondern forderten im Gegentheil zur Badebehandlung auf. Ueberhaupt wurde die Wasserbehandlung nach wie vor als die Hauptbehandlungsmethode des Typhus angesehen. Von Medicamenten wurde regelmässig in der bekannten Weise im Beginne des Typhus oder auch im späteren Verlaufe, wenn die Kranken es noch nicht bekommen hatten, oder bei starkem Meteorismus Calomel gegeben, in der Dosis von 0,3 dreimal täglich. Eine sicher coupierende Wirkung wurde niemals gesehen; nur die bekannte temperaturherabsetzende Wirkung trat ein. Im Wesentlichen verlief aber der Typhus in den meisten Fällen so, wie er auch ohne Calomel zu verlaufen pflegt; die Möglichkeit einer Herabminderung der Intensität desselben ist natürlich nicht zu bestreiten. Antifebrilia wurden nicht regelmässig angewandt, am meisten Chinin, besonders wenn die Badebehandlung contraindicirt war und zugleich die Temperaturen sehr hoch waren. Bei langdauernder Continua wurde das Chinin auch deswegen gegeben, um den Kranken nicht zu oft baden zu müssen und ihm mehr Ruhe zu gönnen. Das Chinin wurde

mehrmals in der Dose von 0,3 im Tage dargereicht. Eine wesentliche Einwirkung auf den Krankheitsprocess trat nicht deutlich hervor. Antipyrin, Phenacetin, Lactophenin, Pyramidon wurden versucht, boten aber keine Vortheile gegenüber dem Chinin. Typhusserum stand bisher nicht zur Verfügung. Gegen die Darmblutungen wurde das Plumb. acetic. in grossen Dosen zu 0,2 pro dosi mehrmals im Tage verordnet, einmal mit gutem Erfolge selbst siebenmal am Tage. Gegen starke häufige Diarrhoen wurde früher hie und da Opium ungern gegeben, und gewöhnlich durch Tannalbin, Tannocoll, Bismut. subnitric. mit befriedigendem Erfolge ersetzt. Ueber etwaige Analeptica ist nichts Besonderes zu sagen. Die diaetetische Behandlung bestand in der Darreichung möglichst reichlicher Mengen von Milch, Eiern, Suppen nebst den verschiedenen künstlichen Nährpräparaten, soweit sie nicht abführend wirken. Feste Speisen in Form von Fleisch einzuführen, wurde trotz anderweitiger Empfehlungen bisher vermieden. Das tägliche Milchquantum betrug während des Fiebers durchschnittlich 2—3 Liter pro die; es wurde oft mit Cacao und Plasmon dargereicht. Daneben wurden frischgepresster Fleischsaft, Weingeleegallert, Eigelb gegeben, nebst den verschiedenen Hafer-, Gerste-, Reis- und Griessuppen, Die Mahlzeiten wurden etwa alle drei Stunden bei Tage, gelegentlich auch in der Nacht, verabfolgt.

(Medicin. Klinik 1907 No. 9).

(Fortsetzung folgt.)

Ulcus ventriculi. **Ueber die Behandlung des Magengeschwürs** äussert sich noch einmal Prof. Dr. H. Lenhartz (Hamburg). Bekanntlich hat derselbe vollständig mit der Lehre gebrochen, dass der mit einem U. behaftete Magen zuerst vollkommen abstinent gehalten werden muss, und hat gezeigt, dass ohne diese Abstinenz die Resultate weit günstigere sind. Nachdem Autor jetzt an 201 blutenden Magengeschwürskranken diese Erfahrung gemacht hat, geht er noch einmal auf sein Verfahren ein und ersucht, dasselbe muthig zu wagen, da es nie schadet, im Gegentheil das einzig rationelle ist. Er sah, wie streng nach den Vorschriften Leube's behandelte Pat. sich schwer erholten und wie sie häufig genug nicht völlig geheilt wurden und Rückfälle bekamen. Es widerstreitet doch auch schon theoretisch allen unseren sonstigen Vorstellungen, acut verblutete Kranke hungern und dursten zu lassen, durch neue Blutungen geschwächte chronische Kranke bei

strenger Abstinenz Tage lang ohne Nahrung zu lassen oder lediglich auf die fragwürdigen Nährclystiere zu beschränken. Die Hungercur erscheint um so unzweckmässiger, wenn wir berücksichtigen, dass die grösste Zahl aller Magengeschwüre auf dem Boden von Anaemie, Chlorose und anderer mit Hyperacidität einhergehender Krankheitszustände entsteht, und dass die Experimente mit Sicherheit gezeigt haben, dass künstliche Defecte der Magenschleimhaut bei schweren künstlichen Anaemien überhaupt nicht heilen oder nur in einem so langsamen Tempo, wie es dem Grade der künstlichen Anaemie entspricht, dass endlich die Heilung ausbleibt bei täglicher Einführung einer Salzsäurelösung. Das Verfahren Lenhartz' sucht:

1. Durch fortgesetzte Zufuhr concentrirter eiweissreicher Kost die oft im Ueberschuss vorhandene Magensäure physiologisch zu binden und auszunützen, während diese bei der Abstinenzmethode das vorhandene Geschwür und den Thrombus ungünstig beeinflussen kann, es sei denn, dass man sie durch Karlsbader Salz, Natr. bicarb. oder Magnesia neutralisirt, wodurch wiederum die von den Magendrüsen geleistete Arbeit vergeudet wird;
2. durch die bisher nicht gewagte, rasche und stetige Steigerung der Nahrungszufuhr für einen schnellen Ersatz der gesunkenen Kräfte zu sorgen, um günstigere Bedingungen für die Heilung des Geschwürs zu erzielen;
3. neben strenger, 3—4 Wochen langer Bettruhe die Ausdehnung des Magens durch Eisblase, Bismut und peinliche Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr zu bekämpfen.

Als das beste diaetetische Mittel haben sich frische Eier erwiesen, die Autor in täglich ansteigender Zahl, meist in gerührter Form, reichen lässt; durch sie wird am besten die Bindung der Salzsäure bewirkt. Von geeister Milch werden nur eingeschränkte Mengen erlaubt, weil man sonst Gefahr läuft, den Magen zu dehnen und von Neuem zu schädigen, und diese Dehnung das Gefährlichste ist. Da es aber nicht möglich ist, das gesteigerte Nahrungsbedürfniss mit Eiern allein zu befriedigen, wird vom sechsten Tage ab schon Fleisch, am liebsten rohes geschabtes, erlaubt; am siebenten Tage folgt Reis, am achten geröstetes Brod, am 10. Butter; den Eiern wird vom dritten oder vierten Tage Zucker in gesteigerter Menge zugesetzt. Ein allgemeines Schema lautet also so für die ersten 12 Tage:

Tagesdiaet-Tabelle für Ulcus ventriculi-Kranke.

Behandlungstag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Eier	1	2	3	4	5	6	7	8	8	8	8	8
Milch	200	200	300	400	500	600	700	800	900	1000	1000	1000
Zucker . . .	—	—	—	20	20	30	30	40	40	50	50	50
Hackfleisch . .	—	—	—	—	—	—	35	2×35	2×35	2×35	2×35	2×35
Milchreis . . .	—	—	—	—	—	—	—	100	100	200	200	300
Zwieback . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	20	40	40	60
Rohschinken . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	50
Butter	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	40

Dazu dreimal täglich 2,0 Bismut. subnitric. Bei diesem Regime

1. war man nie genöthigt, gegen Schmerzen mit Morphium, Opium etc. vorzugehen, weil die rasch abklingenden Schmerzen fast durchweg in den ersten 2—5 Tagen lediglich in Folge der wohlthätigen Diaet verschwanden,
2. hörte das Erbrechen ebenfalls in der Regel rasch auf,
3. wurde die Zahl der rückfälligen Blutungen während der Cur sehr viel seltener (bei den 201 Fällen nur 13mal = 6,4 %).

Man trägt Bedenken, sofort nach profusen Blutungen mit der Nahrungszufuhr zu beginnen. Auch Autor hatte Anfangs Scheu davor. Erst als er sich immer auf's Neue überzeugte, dass Brechneigung und Schmerz um so rascher aufhörten, je eher er mit der zunächst ja sehr schonenden Diaet begann, hat er dies Verfahren systematisch durchgeführt. Man wage es nur, der Erfolg wird nicht ausbleiben! Man wird dann auch sich über die oft erstaunlichen Gewichtszunahmen freuen, über die allgemeine Kräftigung und über die grosse Zahl der Dauerheilungen. Auch bei den Kranken mit nicht offenkundig blutenden Geschwüren hat die Methode vortreffliche Resultate gezeigt. Autor beginnt hier gewöhnlich mit der Diaet des vierten, fünften oder sechsten Tages. Neben Bismut, das Autor 4—6—8 Wochen gebrauchen lässt, kommen auch Argent. nitr., Eisen und Arsen zur Anwendung, wobei er die Blaud'schen, resp. asiatischen Pillen bevorzugt.

(Medicin. Klinik 1907 No. 15.)

— **Escalin (Aluminiumglycerinpaste), ein Mittel zur Stillung von Magendarmblutungen und zur Verschorfung von Magengeschwüren** empfiehlt Prof. G. Klemperer (städt. Krankenhaus Moabit in Berlin). Seitdem Autor vor zwölf Jahren eine Wismutvergiftung bei einem Pat. mit chronischem Magengeschwür erlebt hatte, dem er lege artis eine Aufschwemmung von 10 g Wismut in den nüchternen Magen gegeben hatte, ist er bemüht gewesen, einen ungiftigen Ersatz des Bismutum subnitric. in seiner Eigenschaft als künstlichen Schorfbildner beim U. zu finden. Ein solches Pulver muss im Magen- wie im Darmsaft unlöslich, unresorbirbar und ungiftig sein, es darf die Schleimhäute in keiner Weise reizen und muss sich mit dem Magenschleim zu einem festen Gerinnsel vereinigen. Jetzt hat

Autor endlich ein Pulver gefunden, das diesen Ansprüchen in ausgezeichneter Weise genügt und das wohl geeignet ist, als schorfbildendes Mittel bei Magenblutungen und U. Verwendung zu finden: das *fein gepulverte Aluminium*. Das Pulver ist für den Menschen ganz indifferent; es wurden grössere Mengen davon genommen, ohne dass sie irgend eine Einwirkung auf das Befinden zeigten. Wenn man einem Meerschweinchen, Kaninchen oder Hunde eine Aufschwemmung fein gepulverten Aluminiums durch die Schlundsonde in den Magen giesst und das Tier nach 6—12 Stunden tödtet, so zeigt sich die Magenschleimhaut innig überzogen von einer dichten, silberglänzenden Decke, durch die man das Rosa der Schleimhaut nirgends durchschimmern sieht. Diese Aluminiumdecke bleibt sogar haftend, wenn man den Magen in Wasser flottiren lässt; man muss schon mit den Fingern reiben oder einen energischen Wasserstrahl auf die Schleimhaut lenken, um sie von dem festklebenden Aluminiumpulver zu befreien. Es wurde ferner nach Gastrotomie beim Hunde eine circumskripte Abrasio der Schleimhaut vorgenommen; zwei Stunden nach der Operation bekam das Tier die Aluminiumaufschwemmung in den Magen; sechs Stunden später wurde es durch Chloroform getödtet. Die Wunde war so dicht durch den Aluminiumschorf bedeckt, dass es langen Spülens und Suchens bedurfte, ehe sie wieder gefunden wurde. Hiernach schien das Aluminium pulverisatum wohl legitimirt, bei Substanzverlusten der Magenschleimhaut therapeutisch versucht zu werden. Seiner Anwendung stellte sich noch eine technische Schwierigkeit entgegen. Das feingepulverte Aluminium stäubt so sehr, dass es sehr schwer gelingt, es mit Wasser zu verrühren. Diese Schwierigkeit wurde dadurch überwunden, dass man das Aluminium mit Glycerin im Verhältnis 2 : 1 zu einer Paste verrieb, welche sich nur leicht und ohne Rückstand mit Wasser zu einer dichten Emulsion aufschlemmen liess. Es hat sich weiterhin gezeigt, dass im Handel Aluminiumpulver von sehr verschiedener Körnung vorhanden waren, während für unsere Zwecke das feinstgepulverte nothwendig war. Um nun die therapeutische Verwerthung möglichst zu fördern, wurden die Chemischen Werke in Charlottenburg ersucht, eine gleichmässig zusammengesetzte Aluminiumpaste von feinstem Pulver herzustellen. Für die praktische Anwendung möchte Autor Folgendes bemerken. Man verschreibe das Escalin in Pastillen; die Fabrik liefert deren je fünf in Staniolhüllen in einem Glasröhrchen verpackt. Jede Pastille

enthält 2,5 g feinstgepulvertes Aluminium mit Glycerin verrieben. Man wirft vier Pastillen in ein halbes Glas Wasser und verrührt sie so lange, bis eine ganz gleichmässige Aufschwemmung entstanden ist. Diese trinkt der Pat. auf nüchternen Magen. Den Rückstand schlemmt man nochmals mit Wasser auf und lässt auch dies trinken. Danach soll der Pat. 1—2 Stunden ohne Nahrung bleiben. Autor hat mit dieser Medication, deren Hauptdomäne Magen- und Darmblutungen sind, recht befriedigende Erfolge erzielt. Der Vorzug des Escalins vor anderen Stypticis (Gelatine, Adrenalin) ist der, dass er rein mechanisch wirkt und dass schädliche Nebenwirkungen ganz ausgeschlossen sind. Bisher hat Autor zwölf Fälle profuser Magenblutung mit Escalinaufschwemmung behandelt. Die Pat. bekamen unmittelbar nach der Aufnahme bezw. nach erfolgter Blutung 10 g Escalin und blieben danach den ganzen Tag ohne Nahrung, nur dass sie kleine Eisstückchen schluckten. Sie erhielten in sechsstündigen Zwischenräumen je 300 ccm Milch per rectum und im Fall bedrohlicher Anaemie subcutane Kochsalzinfusion. Am nächsten Morgen wurden wieder 10 g Escalin und danach in ein- bis zweistündlichen Pausen je 100 g gekühlter Milch gegeben. Auch am dritten Tage wurde an dieser Ernährung festgehalten. Am vierten Tage wurde die letzte Gabe von 10 g Escalin gereicht und an diesem Tage mehrmals aufgeweichter Zwieback, auch Gelbei zur Milch gegeben. Vom fünften Tage an wurde Kartoffelpurée zugelegt und dann allmählich zu gemischter Diaet übergegangen. Alle zwölf Fälle sind zur vollkommenen Heilung ohne Recidiv gekommen. Wichtig ist der Umstand, dass nach der Darreichung des Escalins der Stuhlgang vollkommen blutfrei war und blieb, was wohl beweist, dass unter dem Aluminiumschorf die Thrombenbildung in der arrodirten Arterie zur schnellen und sicheren Organisation führt. Neben den zwölf Magenblutungen ist ein Fall von schwerer Darmblutung aus Duodenalgeschwür unter Escalinbehandlung zur Heilung gekommen und auch eine starke Darmblutung in der vierten Woche eines Typhus glücklich verlaufen. Weiterhin wurden 17 Fälle von U. so behandelt. Im Vertrauen auf den Aluminiumschorf gab Autor vom ersten Tage an kleine Gaben gekühlter Milch, vom dritten Tage Gelbei und Zwieback, vom fünften Tage gewiegtes Fleisch. Alle Fälle kamen schnell zu vollkommener Schmerzfreiheit, Complicationen traten nie auf, und das occulte Blut in den Stuhlgängen, das in allen 17 Fällen

bei Beginn der Behandlung nachgewiesen war, wurde nicht mehr gefunden. Schliesslich wandte Autor Escalin bei chronischen Diarrhoen aus Darmgeschwüren an und erzielte in mehreren Fällen von Darmphthise sehr guten Erfolg.

(Die Therapie der Gegenwart Mai 1907.)

Vermischtes.

— Ströll: **Aus der Praxis für die Praxis.** (Fortsetzung aus der vorigen Nummer.)

Bei Masern:

Rp. Natr. benzoic. 5,0
Aqu. dest. 100,0
Syr. Ipec. 20,0
S. 2stündl. 1 Esslöffel
(Kindern 1 Kinderlöffel).

Bei lebensgefährlichem Nasenbluten älterer Leute:

Rp. Plumb. acet. 0,1 (!)
Pulv. opii 0,01
Dent. tal. dos. No. X.
S. 2stündl. 1 P. (Roth).

Dazu Heisswasserumschläge in den Nacken und in die Nase Sozojodolgaze (5%) stopfen.

Bei Parulis:

Rp. Natr. subsulfuros. 4,0
Aqu. dest. 160,0
Syr. spl. 30,0
S. 1stündl. 1 Esslöffel (Ide).

Nach 3—4 Esslöffeln lässt der Schmerz, auch ohne dass Morphium gegeben wird, allmählich nach und die Geschwulst zertheilt sich in der Regel in 24—48 Stunden.

Bei beginnender Pleuritis (Seitenstechen!:

Rp. Vini stibiat. 5,0
Aqu. dest. 100,0
Tinct. op. spl. 1,0
Syr. Alth. 20,0
S. 2stündl. 1 Esslöffel (König)

Bei Pleuritis und bei pleuritischem Exsudat:

Rp. Natr. salicylic. 10,0
Aqu. dest. 120,0
Syr. cort. aur. 30,0
S. 3stündl. 1 Esslöffel (Aufrecht).

Bei Pneumonia crouposa:

Rp. Antipyr. offic. 2,0
Aqu. dest. 120,0
Tinct. myrrh. 4,0
Syr. Ipec. 20,0
S. 2stündl. 1 Esslöffel (Ströll).

Bei Scharlach:

Rp. Natr. benzoic. 5,0
Aqu. dest. 120,0
Syr. cort. aur. 20,0
S. 2stündl. 1 Esslöffel
(Kindern 1 Kinderlöffel) (Kurz).

Bei Stenocardie (Angina pectoris): Beim Anfall selbst Einathmen von Amylnitrit, eventuell eine subcutane Morphiuminjection (0,01) und zur Verhütung der Anfälle 4stündlich 0,5 Diuretin (Askanazy) — die betreffenden Dosen müssen aber auch Nachts gegeben werden; nach einigen Tagen genügt 4—3mal täglich Diuretin (Theobromin. natriosalicylic.).

Bei Varicellen 2stündliches Waschen des Körpers mit Chlorwasser (Vitr. nigr.), das mit ebensoviel lauem gewöhnlichem Wasser zu verdünnen ist. In Folge dieser Waschungen kommt einerseits ein Teil der Bläschen nicht zur Entwicklung, andererseits erfolgt ein rascheres Eintrocknen der Bläschen. (Diese Waschungen sind auch bei den Varioloiden zu empfehlen)".

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 43.)

— **Ueber die therapeutische Anwendung des Sajodin** berichten Stabsarzt [illegible]ronne und E. Marcuse (Poliklinik von S[illegible]ertrauen [illegible]lin), sich stützend auf an über 50 Fällen [illegible] Dr. [illegible] Asthma bronchiale, rheumatische Affectionen. Senator in [illegible] gemachten Erfahrungen. Es wurde hierbei, trotz (Emphysem [illegible]en Gebrauches des Mittels, in vielen Fällen Lues etc.) [illegible] einziges Mal Jodismus beobachtet, auch nie Belangdauernd [illegible] [illegible] Magens. Die Wirkung entsprach den Er- nicht ein ein[illegible] lästigung des [illegible]

wartungen, welche man ein Jodpräparat zu stellen berechtigt ist, wobei die Geruch- und Geschmacklosigkeit des Mittels ebenfalls das Ihrige beitrug. Es kann also Sajodin als ein sehr brauchbares Jodpräparat bezeichnet werden, welches den Jodalkalien nicht nachsteht, sie bezüglich der Bekömmlichkeit aber weit übertrifft. Es ist zu wünschen, dass durch eine erhebliche Reduction des noch hohen Preises (30 Pf. pro Gramm) das Mittel diejenige Verbreitung erfährt, die es seiner Eigenschaften halber verdient.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1906.)

— **Myositis ossificans progressiva, geheilt durch Thiosinamin,** einen solchen Fall beschreibt Dr. K. Boseck (Stolp). Nach einer Influenza, die mit heftigen Kopf- und rechtsseitigen Nackenschmerzen einherging, bekam ein Pat. erst Beschwerden und Bewegungsstörungen in der rechten Schulter, später auch links. Autor fand in der Gegend der Fossa supraspinata rechts bei Bewegungen des Armes stark krachende Geräusche, in der Tiefe harte, strangartige Gebilde, im linken Sternocleido ebenfalls eine 4 cm lange und etwa $1^1/_4$ cm breite, knochenharte Stelle. Es konnte sich nur um Myositis ossificans handeln, und zwar, wie die Erkrankung des linksseitigen Sternocleido bewies, um die progressive Form. Es wurden nun Injectionen von Thiosinamin Merck gemacht (1,0 — Glycerin. 2,0 — Aq. dest. ad 10,0; täglich 1 Pravazspritze), und diese führten allmählich zu völliger Heilung. Wenn auch vielleicht ein besonders gutartiger Fall vorlag, so zeigte doch der Fall, dass die Affection durch diese Therapie beeinflusst werden kann, die daher durchaus eines Versuches werth erscheint.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 48.)

— Dr. Richard Jacobson theilt Folgendes mit: „Ich habe Digitoxin. sol. titrat. H. M., hergestellt in der chemischen Fabrik von Hoeckert & Michalowsky, bisher in 5 Fällen angewandt, wo es darauf ankam, die gesunkene Herzkraft möglichst schnell zu heben, und bin mit dem Erfolg in 4 Fällen ausserordentlich zufrieden gewesen. Nur in einem Falle von leichtem Mitralfehler war der Erfolg nicht sonderlich. Ich habe in allen Fällen das Mittel per os gegeben, wobei ich niemals Klagen über schlechten Geschmack, noch über sonstige Beschwerden hörte. Die Anwendung subcutaner oder intramusculärer Dosen konnte ich entbehren, da sie immerhin einen für nervöse Patienten irritirenden Eingriff darstellen. Jedoch ist es werthvoll,

ein Präparat zu besitzen, das gegebenen Falls auch sofort ohne vorhergehende Sterilisation intramusculär injicirt werden kann. In 4 Fällen wurde das Präparat längere Zeit — bis 3 Wochen — ununterbrochen gegeben, ohne dass eine cumulative Wirkung zur Geltung kam. Es handelte sich um 2 Fälle von schwerer Myocarditis mit Herzverbreiterung und Dilatation, in dem einen Falle complicirt mit pleuritischem Erguss. Beide kamen in incompensirtem Zustande zu mir mit den bekannten Erscheinungen und wurden rasch wieder gebessert In beiden Fällen, ebenso im dritten Falle, einem Kehlkopfcarcinom im Endstadium mit Dilatation des Herzens, Stauungsödemen der Beine und Stauungsbronchitis, war die diuretische Wirkung sehr beachtenswerth. In diesem dritten Falle, der ausgedehnte Metastasen in anderen Organen zeigte, gelang es mir, die Herzkraft — wenn auch nur vorübergehend — so zu heben, dass die Athemnoth und die Schwellungen verschwanden und der Pat. wenigstens subjectiv gebessert wurde. In dem vierten Falle handelte es sich um einen Anfall von Angina pectoris mit starken Schmerzen und nachfolgender Herzschwäche. Der Puls, der sehr klein, schnell und oftmals aussetzend war, besserte sich nach einer Gabe von 15 Tropfen Digitoxin H. M. nach etwa ½ Stunde zusehends und blieb dann unter Digitoxin-H.-M.-Therapie weiter gut. Im Ganzen habe ich den Eindruck gewonnen, dass Digitoxin H. M. wegen seiner prompten Wirkung und auch für die ärmeren Bevölkerungskreise seiner relativen Billigkeit wegen als eine Bereicherung unseres Arzneischatzes zu begrüssen ist.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 46.)

— **Fachausdrücke aus der neueren Immunitätslehre** erklärt kurz Oberstabsarzt Dr. Dieudonné, und da heute jeder Arzt auf diesem Gebiete Bescheid wissen muss, glauben wir die aus so competenter Feder stammenden Erklärungen wiedergeben zu müssen:

Agglutinine (Gruber und Durham). Stoffe im Blutserum Immunisirter, welche die Eigenschaft haben, Bakterien zusammenzuballen; diese Wirkung ist im Allgemeinen specifisch. Gruber-Widal'sche Reaction.

Agglutinoide. Inactive Form der Agglutinine, welche durch verschiedene äussere Einflüsse, z. B. Erhitzen oder längeres Aufbewahren des Serums, die agglutinirende Eigenschaft des Serums verloren haben, trotzdem aber noch bakterienbindende Wirkung besitzen (s. a. Toxoide).

Aggressine (Bail). Von den Bakterien im inficirten Körper gebildete Stoffe, welche die normaler Weise vorhandenen Schutzstoffe des Organismus lähmen und so den Bakterien die Möglichkeit der Verbreitung und der Infection geben. Durch Einverleibung von A. lassen sich sehr wirksame Antikörper, die Antiaggressine, herstellen.

Aktive Immunisierung (Ehrlich). Schutzimpfung mit lebenden, abgeschwächten oder abgetödteten Bakterien, wobei die Schutzstoffe von den Zellen activ producirt werden.

Alexine (H. Buchner). Im normalen Blut enthaltene Schutzstoffe, welche die eingedrungenen Bakterien abzutödten vermögen; sind gegen äussere Einflüsse sehr empfindlich, gehen bei Erwärmen auf 65° zu Grunde. Synon. Complement (Ehrlich), Cytase (Metschnikoff).

Alexozyten (H. Buchner). Zellen, die Alexine absondern.

Allergie (v. Pirquet). Veränderte Reactionsfähigkeit, Ueberempfindlichkeit, z. B. der Tuberculösen gegen Tuberculin, s. Ueberempfindlichkeit.

Alttuberculin (R. Koch) s. Tuberculin.

Ambozeptor (Ehrlich). Nach wiederholter Einverleibung von Bakterien oder Blutzellen gewinnt das Blutserum die Eigenschaft, die betreffenden Bakterien oder Blutkörperchen aufzulösen (Bakteriolysine, Haemolysine, s. d.). Wird ein solches Serum auf 56° erhitzt, so verliert es seine Wirkung, es wird inactivirt, setzt man frisches Serum eines normalen Thieres hinzu, so tritt wieder Auflösung ein (Reactivirung). Es wirken also zwei Substanzen neben- und miteinander, das nichtspecifische, durch Erwärmen leicht zerstörbare (thermolabile) Alexin (s. d.) oder Complement (Ehrlich), das in jedem normalen Serum enthalten ist, und der specifische, gegen Erwärmen widerstandsfähige (thermostabile) Immunkörper oder Amboceptor. Nach der Ehrlich'schen Seitenkettentheorie (s. d.) hat der Ambozeptor zwei bindende (haptophore) Gruppen, von denen die eine, die cytophile, das Bacterium oder Blutkörperchen angreift, die andere, die complementophile, sich mit dem Alexin oder Complement verbindet; dieses hat nicht direct auflösende Wirkung, sondern erst durch Vermittelung der A. Syn. Immunkörper, Praeparator (Gruber), Fixateur (Metschnikoff), Substance sensibilisatrice (Bordet).

Anaphylaxie (Richet) s. Ueberempfindlichkeit.

Antiagglutinine. Bei Vorbehandlung von Thieren mit agglutininhaltigen Flüssigkeiten gebildete Stoffe, welche die Agglutinationswirkung eines Serums aufheben.

Antiambozeptor (Ehrlich) s. Haemolysine.

Antigene (Deutsch). Antikörper bildende Stoffe, die verschiedenen zur Immunisirung dienenden Substanzen (Toxine, Bakterien, Blutkörperchen etc.), durch deren Einverleibung im Körper die Bildung der Antikörper ausgelöst wird.

Antihaemolysine s. Haemolysine

Antikörper, Antistoffe. Im Körper als Reactionsproduct gegen die verschiedenen einverleibten Antigene (s. d.) gebildete specifische Stoffe (Antitoxine, Haemolysine, Cytotoxine, ferner Anticomplemente, Antihaemolysine u. a.).

(Münchner med. Wochenschrift 1906 No. 48.)

(Fortsetzung folgt.)

— **Creolin in der Chirurgie** hat Primararzt Dr. J. Bogdanik (St. Lazarus-Landesspital in Krakau) mit bestem Erfolge angewandt. Verbände mit 1/2%iger Creolinlösung bewährten sich sehr bei Erysipel, bei Combustio und Congelatio, bei Quetschwunden, Mastitis, Phlegmonen, Carbunkeln, bei Thrombosen und nachträglicher Phlebitis bei vernachlässigten Unterschenkelgeschwüren. Bei reinen Wunden. bei Operationen, wo prima intentio erstrebt wird, lege man jene Verbände nicht an; sie sind wieder indicirt, wenn die Wunde doch sich zu entzünden beginnt. Manche Pat. vertragen allerdings Creolin nicht. Manchmal verschrieb Autor auch folgende Salbe:

Rp. Creolin. Pearson. 5,0
Bals. peruv. 10,0
Vaselin. flav. 100,0.

Jedenfalls hat er mit Creolin schon viele Schmerzen gelindert, viele Gliedmaassen gerettet.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1907 Nr. 1.)

— **Ueber die Verwendung des Ichthyol als schmerzstillendes Mittel** giebt Dr. J. Hirschkron (Wien) seine Erfahrungen wieder, die er seit 15 Jahren gesammelt hat. Ganz vortrefflich und meist von definitivem Erfolge begleitet, war das Ichthyol bei allen schmerzhaften *rheumatischen* Uebeln. Die beste Applicationsmethode ist folgende: Man nimmt 10% Ichthyol-Glycerin, erwärmt dieses, tränkt damit eine lange Gazebinde, legt diese um den erkrankten Körpertheil und lässt sie 3—4 Stunden liegen. Will man die Wirkung

eines anderen wärmeerhaltenden Stoffes, z. B. Moorerde, erhöhen, so kann man diesem 5% Ichthyol zusetzen; die Wirkung der Moorerde, sei es in Bade- oder Umschlagform, wird dadurch wesentlich erhöht. In Salbenform, besonders mit einem kleinen Zusatz von Menthol, wirkt Ichthyol oft geradezu zauberhaft, einfach coupirend (6% Ichthyol mit Vaselin, Lanolin. āā, und 1% Menthol.) Bei Pat., welche Wärme nicht vertragen, verwende man Ichthyolsalbe oder Ichtholglycerin und gebe darüber eine Compresse, die in vierfach verdünnter essigsaurer Thonerde getränkt ist. Das wirkt besonders bei *Exsudaten* recht gut; oft ist schon über Nacht die Schwellung zum Verschwinden gebracht. Diese Form ist auch zu empfehlen bei acuter *Gicht* und beim *Tripperrheumatismus.* Aber auch bei reinen *Neuralgien* und besonders solchen der Rückenmarkskranken sieht man gute Resultate vom Ichthyol. Hier wird es dem Bade zugesetzt (60 g pro Vollbad). Vortrefflich wirkt Ichthyol auch bei juckenden Hautaffectionen, und namentlich beim *Ekzem* giebt es kaum ein besser schmerzlinderndes und heilendes Mittel. Schmerzstillend wirkt Ichthyol auch *intern* gereicht, z. B. bei *chron. Magenkatarrhen.* Auch bei *Haemorrhoiden* ist die Ichthyolmedication sehr zu empfehlen.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1907 Nr. 1.)

— Bei der **Jodcatgutpräparation** hat Dr. Burmeister (Concepcion) eine Modification des Claudius'schen Verfahrens praktisch erprobt, die er den Collegen empfiehlt. Er sagt darüber: „Ich ersetzte die gebräuchlichen Jodlösungen durch die von Dr. Allyre Chassevant angegebene und empfohlene Chloroform-Jodtinctur:

Rp. Jod. metallic. 1 g
Chloroform 15 ccm (22,5 g).

Dieselbe bildet eine, auf kaltem Wege herzustellende, bei 0° unveränderliche, dunkelviolett gefärbte Lösung, von welcher der Autor sagt, dass sie alle antiseptischen und revulsiven, aber nicht die kaustischen Eigenschaften der alkoholischen Jodtinctur besitzt. Die Präparation wird in genau derselben Weise wie früher vorgenommen: Je ein Faden Rohcatgut wird fest, in einfacher Lage, und eine Wickeltour dicht neben der anderen auf ein Wickel aus dickem Spiegelglas (6×3,5×0,8 cm) gegeben. Eine beliebige Anzahl mit Rohcatgut beschickter Wickel wird in einen weiten Glascylinder gethan und nun Jod-Chloroformlösung eingegossen, bis die Catgutwickel reichlich bedeckt

sind. Nach Ablauf einer Woche wird mit dem Verbrauche begonnen. Vor jeder Operation wird dem Behälter die voraussichtlich nöthige Anzahl Wickel entnommen und auf sterile Serviette gelagert. Nach Beendigung der Operation werden nicht benutzte Wickel in die Flüssigkeit zurückgegeben, angebrochene Rollen von weiterem Gebrauche ausgeschlossen. Das mit Chloroform-Jodtinctur präparirte Catgut zeigt eine tiefschwarze Farbe. Ausserordentlich schnell — in kaum 1 Minute — nach seiner Entnahme aus der Lösung trocknet es durch Verdunstung des Chloroforms ab, sodass es wie ein trockener, drahtartiger Faden in der Hand liegt, ohne indessen das Gefühl der Sprödigkeit hervorzurufen. Im Gegentheil besitzt es einen sehr hohen Grad von Geschmeidigkeit, welche beim Nähen und Knotenschlagen äusserst angenehm ist. Für den Gebrauch ist es gleichgültig, ob man das Catgut während der Operation trocken oder in irgend einer aseptischen Flüssigkeit aufbewahrt: Elasticität und Geschmeidigkeit bleiben dieselben, da es nicht quillt. Im lebenden Gewebe wirkt es nicht reizend, wovon ich mich bei zahlreichen tiefen und oberflächlichen Nähten überzeugen konnte. Bei letzteren glaubte ich zu beobachten, dass der im Stichcanal liegende Fadentheil auch bei sehr langem Liegen so gut wie gar nicht quillt. Versuchsweise habe ich auf die angegebene Weise vorbereitetes Catgut aus der Lösung entnommen und trocken aufbewahrt, um es dann nach verschieden langer Zeit zu verbrauchen. Dabei zeigte sich dann, dass das Chloroform-Jodcatgut auch so seine Elasticität und Festigkeit relativ lange beibehielt. Aus Gründen der Einfachheit und der absoluten Sicherheit vor Verunreinigungen bin ich aber bei der feuchten Aufbewahrung geblieben. Bezüglich der antiseptischen Eigenschaften des Chloroform-Jodcatgut ist wohl a priori anzunehmen, dass es den übrigen mittels Jodimprägnation hergestellten Catgutsorten gleichwerthig sein dürfte, wie dies die klinische Erfahrung auch bestätigte. Bezüglich seiner sonstigen Eigenschaften glaube ich behaupten zu dürfen:

1. dass es gegenüber dem in wässeriger Lösung präparirten und aufbewahrten Catgut niemals brüchig wird;

2. dass es im Vergleich zu dem in alkoholischer Lösung präparirten Jodcatgut bei der Ueberführung in wässerige Lösungen und im lebenden Gewebe nicht quillt;

3. dass es — einmal imprägnirt — ohne Weiteres nach Belieben trocken oder feucht aufbewahrt werden kann;

4. dass es, auch ohne vorher abgespült zu werden, niemals reizend wirkt;

5. dass seine Präparation die denkbar einfachste ist, insofern zur Herstellung der Jod-Chloroformlösung nicht einmal Abwiegen oder Messen nöthig ist, weil die Lösung einer auf kaltem Wege hergestellten concentrirten Lösung von Jod in Chloroform entspricht;

6. dass seine Zugfestigkeit mindestens ebenso hoch, wenn nicht höher ist als bei den übrigen Jodcatgut-Arten.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 45.)

Bücherschau.

— Jessner's **Dermatologische Vorträge für Praktiker** (Würzburg, A. Stuber's Verlag) erfreuen sich in den Kreisen der prakt. Aerzte bereits grosser Beliebtheit. Und das mit vollem Recht Versteht es doch der Verfasser vortrefflich, seine reichen Erfahrungen benutzend, seine Themata so zu besprechen, wie es der Praktiker haben will. Alles Ueberflüssige bei Seite lassend, behandelt er die in Betracht kommenden Affectionen klar und kurz, berücksichtigt besonders die Therapie und bringt zahlreiche bewährte Recepte. Nach diesen Grundsätzen hat er auch den Inhalt des neuesten Heftes (No. 17, Preis Mk. 2), das sich mit den *cosmetischen Hautleiden* beschäftigt, bearbeitet, und wird dieses Heft sicherlich die Zahl der Freunde dieser „Vorträge“ noch stark vermehren. Wie gross diese Zahl bereits ist, zeigt der Umstand, dass Heft 1: *Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung* jetzt in 5. Auflage erschienen ist (Preis: 80 Pf.).

— **Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis,** herausgegeben von J. Schwalbe. Bd. II. (Verlag von G. Thieme, Leipzig. Preis: Mk. 11,20). Schon bei der Besprechung des I. Theiles dieses Werkes haben wir dessen Vorzüge gewürdigt und es als ganz hervorragendes Nachschlage- und Studienbuch für den praktischen Arzt bezeichnet. Nach der Lecture des II. Bandes hat sich dies Urtheil noch mehr gefestigt, und wir dürfen dieses Werk den Collegen auf's Wärmste empfehlen. Es ist so recht das Buch des Praktikers, das einen dauernden Platz auf seinem Schreibtische einnehmen wird. Diese ungemein klaren und präcisen Ausführungen, die kein Wort zu viel

enthalten, aber alles Wichtige so kurz und deutlich hervorheben, diese zahlreichen, äusserst gelungenen Abbildungen, sie sichern dem Werke die weiteste Verbreitung. Was die einzelnen Abschnitte dieses zweiten Theiles betrifft, so wurden bearbeitet: „Ohr“ von Prof. Siebenmann, „Nase“, „Rachen“, „Kehlkopf“ etc. von Prof. Friedrich, „Pleura“ und „Lungen“ von Prof. Hoppe-Seyler, „Herz“ von Prof. Schwalbe, „Speiseröhre“, „Magen“, „Darm“ von Prof. Schmidt, „Chirurgische Behandlung des Darmes und Abdomens“ von Prof. Czerny, „Harnorgane und männliche Genitalorgane“ von Prof. Englisch, „Weibliche Genitalorgane“ von Prof. Fritsch, „Nervensystem“ von Prof. Strümpell und Privat-Docent Dr. Müller.

— **Die Preussische Gebühren-Ordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte** von A. und H. Joachim. (Verlag von O. Coblentz, Berlin. Preis: Mk. 6,—). Das ungemein brauchbare Büchlein liegt in zweiter Auflage vor, welche zahlreiche Verbesserungen und Erweiterungen aufweist. Dadurch dass abermals ein Jurist und ein Mediciner gemeinschaftlich das Thema bearbeitet haben, ist dafür Gewähr geleistet, dass nach beiden Richtungen hin die Commentirung eine vollständige ist. In der That finden Aerzte und Zahnärzte jede Frage, welche ihnen etwa aufstossen könnte, beantwortet, und wenige Minuten genügen zur genauen Orientirung über jeden strittigen Punkt.

— A. Gurwitsch: **Atlas und Grundriss der Embryologie** (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 12,—). Das Werk bildet Bd. 35 von Lehmann's „*Medicin. Handatlanten*“ und zeigt alle Vorzüge dieser Sammlung sowohl nach der textlichen, wie auch nach der illustrativen Seite hin. In ersterer Beziehung war der Standpunkt maassgebend, dass der „Grundriss“ eine möglichst kurze, aber vollständige Belehrung für den prakt. Arzt abgeben soll. Autor hat auch alle theoretischen Auseinandersetzungen möglichst bei Seite gelassen, unnöthige Details und Streitfragen vermieden und den praktischen Standpunkt als den maassgebenden angesehen. Die 143 vielfarbigen und 186 schwarzen Abbildungen sind prachtvoll ausgeführt und bilden eine ungemein instructive Ergänzung des Textes. So wird auch dieser Band, gleich seinen Vorgängern, sicherlich den Praktikern hochwillkommen sein.

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 10.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juli — XVI. Jahrgang — 1907

Agrypnie. **Bromural** empfehlen Dr. H. Krieger und Dr. R. v. d. Velden (Medicin. Klinik Marburg). Das Präparat, hergestellt von Knoll & Co. (Ludwigshafen a. Rh.) ist ein α-Monobromisovalerianylharnstoff, dessen wirksames Princip in der in der Baldriansäure vorhandenen und darin verstärkten Isopropylgruppe beruhen dürfte. Es wurden damit 90 Fälle behandelt, 20 davon Wochen hindurch. In ganz leichten Fällen wirkten bereits 0,3 g, im Allgemeinen waren 0,6 g nöthig, um nach 5—25 Minuten prompt Schlaf herbeizuführen, der meist die ganze Nacht anhielt, worauf die Pat. frisch erwachten, ohne irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen aufzuweisen. In anderen Fällen schliefen die Pat. nur einige Stunden, schliefen aber weiter, wenn man ihnen eine zweite Dosis beim Erwachen gab. In Fällen, wo Schmerzen, Hustenreiz, Angina pectoris, Erregungszustände, Delirien vorlagen, versagte Bromural. Wo es wirkte, konnte man auch bei wochenlanger Darreichung keine Angewöhnung bemerken; es genügte die gleiche Dosis von 0,3—0,6 g. An einzelnen Fällen von schwerer, nervöser A. hat es sich als ganz geeignet herausgestellt, wenn die Pat. in refracta dosi das Mittel einnahmen, d. h. um 9 Uhr Abends 0,3 g und gegen Morgen, wenn sie aufwachten, nochmals 0,3 g. Unangenehme Nebenwirkungen von Seiten des Magendarmcanals, des Centralnervensystems oder Kreislaufs waren nie zu bemerken. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 6.)

— **Bromural** hat auch Dr. Th. Runck (Mundenheim) angewandt und kam zu ungefähr denselben Resultaten. Auch in der

Kinderpraxis bewährte sich ihm das Mittel bestens, wobei auffiel, dass Kinder und Säuglinge von einigen Wochen verhältnissmässig grösse Dosen des Mittels vertrugen, ohne die geringste Störung von Seiten des Magens oder der Ausscheidungsorgane zu zeigen. Auffallend war auch die oft überraschende Wirkung, wenn es galt, einer schweren Unruhe — Krämpfen — selbst Eklampsie zu steuern, besonders wenn zuvor alle Hülfsmittel versagt hatten und man sich scheute, zu einem Narcoticum zu greifen. Säuglinge erhielten 2—3mal täglich $^1/_4$—$^1/_3$ Tablette (à 0,3). Kinder von vier Jahren an schon 1 Tablette auf einmal. Ein 14 Monate altes Kind bekam von der Mutter statt $^1/_3$ Tablette eine ganze, ohne irgend einen Schaden zu nehmen. Auch wo der Schlaf durch Husten, Fieber, Dyspepsie u. dgl. gestört wurde, brachte Bromural Beruhigung und Schlaf. (Münchener med. Wochenschr. 1907 No. 15.)

Arzneiexantheme. **Ein Fall von Arzneiexanthem mit ungewöhnlichen Allgemeinerscheinungen** wird von Dr. A. Gregor (Psychiatrische Klinik Leipzig) beschrieben. Ein an Paranoia leidender Pat. bekommt durch eine zweimalige Dosis von 2 g *Chloralhydrat* ein ausgedehntes Exanthem, welches durch heftige Allgemeinerscheinungen — hohes Fieber, haemorrhagische Bronchitis, Conjunctivitis, Somnolenz — einen gefahrdrohenden Verlauf annimmt. Was das Exanthem selbst anbelangt, so kam es zuerst an den Vorderarmen zum Vorschein und verbreitete sich rasch von da auf Oberarm, Gesicht, später untere Extremitäten, Nacken, Rücken und Gesäss; fast völlig frei blieben Bauch, Oberschenkel, Vola manus und Planta pedis. Das Exanthem bestand aus dunkelrothen, maculo-papulösen Efflorescenzen, welche von den stärker befallenen Stellen zu grösseren Complexen confluirten. In der Mitte zahlreicher Efflorescenzen, zumal an den Unterschenkeln, kleine Haemorrhagien. In der Regio submentalis und praeauricularis sinistra entwickelten sich ungefähr taubeneigrosse, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen, an Mund- und Nasenöffnung blutige Rhagaden. Das Exanthem blasste nach mehreren Tagen ab unter Bildung von Schuppen, welche sich an manchen Stellen, zumal im Gesicht und an den Armen, in grösseren Blättern ablösten. Kein Juckreiz.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 17.)

— Dr. Riecke demonstrirt ein 13 Jahre altes Mädchen mit **Lichen ruber acuminatus und einem Arsenikexanthem.** Die erstere Dermatose ist auf den Streckseiten beider Oberschenkel localisirt und in Form von ovulären Plaques angebildet. Im Einzelnen bestehen diese Plaques aus vielfach reihenförmig zusammenstehenden, stecknadelkopf- bis rübsamengrossen, flachconischen Erhabenheiten ohne Tendenz zum Confluiren. Die Farbe der einzelnen Efflorescenzen unterscheidet sich theilweise nur wenig von der normalen Haut; theilweise sind die Herde grauröthlich und bräunlich. Im Allgemeinen macht sich eine stärkere Hyperkeratose bemerkbar, indem die Spitzen der Efflorescenzen von ziemlich festhaftenden weisslichen, weissgrauen und gelbbräunlichen trockenen Schuppen und Hornkegeln eingenommen werden. Dieselben haften der Basis ziemlich fest an. Der darüber streichende Finger erfährt ein reibeisenartiges Gefühl. Das histologische Bild ergiebt ein perifolliculäres Infiltrat ganz entsprechend dem bekannten Bilde beim Lichen ruber acuminatus. Pat. wurde seit zwei Monaten innerlich mit Liquor arsenicalis Fowleri in steigender Dosis (3mal täglich 12 Tropfen) behandelt. Etwa in der sechsten Woche der Behandlung traten plötzlich Erscheinungen von Arsenicismus auf: Pat. verlor den Appetit, wurde blass, Nachts sehr unruhig, schlief wenig, während die Darmfunction ungestört blieb. Dazu gesellten sich alsbald Erscheinungen an der Haut. Symmetrisch war die Haut beider Handrücken und Handflächen, sowie der Fussrücken und Fusssohlen diffus bräunlich roth. Die Haut war dabei weder gespannt, noch schuppig, noch sonst in irgend einer Weise verändert. Subjective Beschwerden waren damit nicht verbunden. Weiterhin wurde die Haut in toto, dunkler pigmentirt, und ganz besonders bildete sich an den normaler Weise schon reichlich pigmenmentirten Stellen diese dunklere Färbung aus. An den Handgelenksbeugen, in den Ellenbogengelenken und Axillargruben, ferner in den Genitocruralbeugen und in den Kniebeugen ist die Haut diffus braunschwarz verfärbt, mit einer lebhafteren trockenen Abschuppung verbunden. Ferner bestand ein stärkerer Juckreiz an der Haut des Stammes, speciell am Rücken, wo unregelmässige Excoriationen in regelloser Vertheilung und in den verschiedenen Entwicklungsstadien an der diffus dunkel tingirten Haut sich befanden. Ausgesprochener Dermographismus. Bemerkenswerth war eine tief dunkelbraune Pigmentirung der verheilten und verheilenden Kratzeffecte. Es bestand mithin

das hier vorliegende Arsenikexanthem aus einem diffusen Exanthem der Hände und Füsse, aus einer Urticaria, aus einer Melanose und Keratose.

(Medicinische Gesellschaft zu Leipzig, 26. Februar 1907.) — (Münchner med. Wochenschrift 1907 No. 18.)

Asthma. **Ueber die Behandlung des Bronchialasthmas** theilt Prof. Dr. Fürbringer (Berlin) seine Erfahrungen mit. Eine Erfüllung der *Indicatio causalis* verdiente natürlich das grösste Vertrauen. Es kommen aber hier höchstens jene Processe in der *Nase* in Betracht, die, wie namentlich die hyperplastischen Zustände der Schwellkörper im Bereich der Nasenmuscheln, Polypen, wohl auch Tonsillenhypertrophien und Nasenkatarrhe, als Ausgangspunkt reflectorischer Vorgänge sich wesentlich am A. betheiligen. Die Causalbehandlung, die ihren radicalsten Ausdruck in der galvanokaustischen oder sonstigen Zerstörung der erkrankten Schwellkörper, Schleimhautexcisionen im Bereich der unteren Nasenmuscheln, der operativen Entfernung von Polypen und vergrösserten Mandeln findet, ist sehr verschieden beurtheilt worden. Wenn Autor auch nachher so und so viele Pat. bekommen hat, die von den nur temporären Erfolgen oder völligen Misserfolgen dieser Therapie enttäuscht waren, so war doch auch ein beachtenswerther Procentsatz erfreulicher Besserung und dauernder Erfolge zu constatiren, Grund genug, in der Ueberweisung der Bronchialasthmatiker bei Entdeckung jener örtlichen Processe an den Rhinologen weiter zu beharren. Aber die Träger einer unverdächtigen Nasenschleimhaut hat Autor immer der specialistischen Behandlung zu entziehen gesucht, weil er nicht glauben kann, dass das Aufspüren reflexempfindlicher Stellen als solcher die zumal irritirende Localtherapie rechtfertige. Nicht unterschätzt darf die *medicamentöse* Behandlung werden. Nicht gering ist der Procentsatz derer, die nicht genug die Erleichterung der Expectoration und sonstige Befreiung von den Athembeschwerden durch das *Jodkali* rühmen. Aber nur ausnahmsweise kam es zu richtigen Dauererfolgen. Und man muss doch auch an die üblen Nebenwirkungen der üblichen grossen Dosen denken? Uebrigens genügen häufiger, als man vermeint, auch mässige, 1 g kaum überschreitende Tagesgaben. Jodalbacid, Jodipin, Sajodin sollten ohne zwingende Indicationen (unüberwindliche Nebenwirkungen des Kali- oder Natronsalzes) nicht verordnet werden. *Chinin* kann mit dem Jodkali nicht concurriren, und die

angewandten Nervina, Zinkpräparate, Höllenstein, Arsen, Brom, Baldrian haben bloss suggestive Wirkung bei Hysterischen. Natr. nitros. und Nitroglycerin sind auch kaum als Antiasthmatica zu bezeichnen. Symptomatisch gegen die Anfälle wirken am sichersten die Narcotica, vor allem die *Morphiuminjection.* Aber auch Opium und Heroin — Codein und Dionin unsicher — versagen bei innerer Darreichung und Application per suppositorium ihre Wirkung nicht. Der Erwähnung bedürfen die *Belladonna-, Stechapfel- und Bilsenkrautpräparate*, weil sie die wichtigsten Bestandtheile der Strammonium- und sonstigen Asthmacigaretten bilden, und auch der theure Tucker'sche Inhalationsapparat mit Atropin arbeitet. Autor kann eine befriedigende Erklärung der von Tausenden von Asthmatikern gerühmten Wirkung dieser Mittel nicht geben. Sicher thut es nicht die Suggestion allein, wie das wohl bei der Einathmung der Dämpfe des glimmenden einfachen Salpeterpapiers der Fall ist. Es muss doch wohl eine örtliche der narkotischen Bestandtheile auf die respiratorische Schleimhaut und eine allgemeine, also pharmakodynamische Wirkung in Betracht kommen. Bestimmte Vorschriften für die Haltung des Praktikers zu diesen Heilmitteln sind misslich. Mit ihrer Verurtheilung und Confiscation, wie Autor sie früher geübt, hat er wenig Glück gehabt, und man mag immerhin, da doch den Pat. zu helfen erstes Gesetz bleibt, den vorsichtigen Versuch zulassen, ohne Grundsätze preiszugeben. Aber vor zuweit gehenden Compromissen ist zu warnen, weil der Missbrauch zu bedenklichen Folgen führen kann. Die inhalirten sonstigen „Asthmamittel" haben den Autor, abgesehen vom *Chloroform*, meist im Stich gelassen. Nicht so eine Lösung, die Autor seit vielen Jahren benützt:

Rp. Solut. Cocain. mur. 0,3 : 90,0
Morph. mur. 0,1—0,2
Aq. amygd. amar. 10,0
S. 1 Kinderlöffel mit 2 Esslöffeln Wassers zu inhaliren.

Wenn auch hier Misserfolge nicht ausblieben, so blieben sie doch weitaus in der Minderzahl. Gegenüber schweren, protrahirten Anfällen wird man, den Bitten der Pat. nachgebend, auch noch andere Mittel heranziehen müssen: Sinapismus und andere Hautreize, aromatische Einreibungen, Eintauchen von Händen und Füssen in heisses Wasser (ein sehr schätzbares Palliativum!), Bedecken des Vorder-

rumpfes mit einer heissen Mischung von Wein und Cognac zu gleichen Theilen. Mit Brechmitteln kann sich Autor nicht befreunden, nachdem er zumal bei Schwächlingen und Greisen geradezu bedenkliche Zustände beobachtet hat. Mitteln wie Fruchteis, starker Kaffee, Erhellung des Krankenzimmers etc. misstraut Autor, abgesehen von hysterischen Pat. Psychische Beeinflussung vermag manchmal viel. Die *pneumatische* Behandlung hat den Autor so oft im Stich gelassen, dass er den Eindruck gewonnen hat, alle die Vorrichtungen zur Einathmung verdichteter und Ausathmung in verdünnte Luft, ebenso die vom Pat. selbst gehandhabten Apparate zur Compression des Brustkastens seien beim uncomplicirten A. bronchiale nicht eigentlich am Platze. Anders, wenn das Leiden zur intensiven chronischen Lungenblähung geführt hat; hier ist die pneumatische Therapie am Platze. Ganz verfehlt ist die Vorschrift, die an die Muskelkraft des Kranken Ansprüche stellenden Vorrichtungen im Anfall zu gebrauchen. Als ob Erstickungsnoth und Todesangst auch nur die Möglichkeit zuliessen! Hingegen vermag bei minder schweren Paroxysmen ein Aufenthalt in der pneumatischen Kammer nützlich zu wirken. Ueber die Wirkung der Athemgymnastik im engern Sinne (schwedische Heilgymnastik, Zander'sche Apparate etc.) hat Autor keine ausreichenden Erfahrungen, ebenso über die bei richtigem Emphysem nicht gering zu schätzenden Sauerstoffinhalationen. Was die *klimatischen Curen* anlangt, so ist die Beurtheilung der Erfolge schwierig. So unsicher die Indicationsstellung, so häufig wir namentlich bezüglich des Hochgebirges und der See auf ein Ausproben angewiesen, kann Autor nur dringend empfehlen, zunächst die Ebene und das Mittelgebirge zu wählen. Freilich unter der Bedingung der reinen Luft, der relativ gleichmässigen Temperatur, der geschützten Lage und des Waldreichthums. Verbinden sich diese Vorzüge mit der gleichzeitigen Möglichkeit des Gebrauches von Kochsalz- und alkalisch-muriatischen Quellen, Gradirwerken, Schwefelwässern und anderen antikatarrhalischen Agentien, um so besser. Kann unter Umständen in der schönen Jahreszeit der einfache Aufenthalt auf dem Lande schöne Erfolge zeitigen, so erweist sich während des unwirthlichen, den frischen Luftgenuss hemmenden, deutschen Winters der sonnige Süden im Allgemeinen als hervorragend wirksam. Doch das geht leider nur die wohlhabenden Asthmatiker an. Um so grössere Sorgfalt erheischt für die Uebrigen in der kalten Jahreszeit

die Wohnungshygiene, um so gewissenhaftere Auswahl der Ausgehtage das Dilemma der Erkältung und der Verwöhnung. Gar nicht genug warnen muss Autor vor rigorosen, brüsken Abhärtungsversuchen. Kein Kleiderschutz vermag die gefährliche Wirkung eisiger und staubbeladener Winde zu compensiren. Hingegen lässt Windstille ziemliche Frostgrade trefflich vertragen, wofern die Bronchien frei, und für Nasenathmung und Schweigen Sorge getragen wird. Der *Hydrotherapie* kommt ein minderer antiasthmatischer Werth zu als den klimatischen Curen; vernachlässigt darf sie darum nicht werden. Vorwiegend bekämpft sie die Neurose und dient der Abhärtung gegen Erkältungen, dort am besten unter der Form der milden Proceduren, insbesondere der lauwarmen und lauen Vollbäder, denen Autor gern Aromatica (Ol. Pini Pumilion., Mixtur. oleoso-balsamic, Menthol etc.) zusetzt, hier der kalten Abwaschung. Mit eingreifenden Kaltwassercuren sei man auf der Hut. Ueber die Behandlung mit *Elektricität* hat Autor wenig Erfahrung; er glaubt aber, etwaige Erfolge auf Rechnung der Suggestion setzen zu dürfen.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1907.)

— **Ueber die Verwendung des Chinatrocinsprays** berichtet Dr. J. Silberstein. Das von Dr. Fresenius hergestellte Mittel hat folgende Zusammensetzung:

Extr. e fol. Cocae 50,0
Extr. Belladonn. 0,015
Kal. nitr.
Aq. Lauroc.
Extr. Apocyn. āā 5,0

Extr. Grindel.
Extr. Strammon.
Extr. Euphorb. pilulif. āā 20,0
Aquae, Glycerin. āā 10,0
Acid. carbol. gtt. X.
Ol. Gaulther. gtt. I.

Die dunkelbraune, ölige Flüssigkeit wird durch einen Zerstäubungsapparat „*Atomizer*" eingeathmet, der so handlich ist, dass der Pat. ihn jederzeit bei sich tragen kann. Man giesst in das Fläschchen einige Cubikcentimeter des Präparates und drückt mehrmals kräftig den Gummiball zusammen; die Flüssigkeit wird so nebelartig zerstäubt und durch einen Nasenansatz eingeathmet. Diese Behandlung leistete

beim acuten Asthmaanfalle die besten Dienste; beim Herannahen desselben tritt der Spray sofort in Action, und zwar in Pausen von 5—10 Minuten. Aber auch systematische Anwendung (früh und Abends) ist angezeigt bei reizbaren, neurasthenischen und hysterischen Pat., die auf die geringsten Reize hin Husten bekommen („Nasenhusten", „Magenhusten", „Uterushusten" etc.). 1 Fl. Chinatrocin (40 g) kostet 3,50 Mk., der Apparat 4,50 Mk.

(Aerztl. Rundschau 1907 No. 19.)

Blutungen. **Ein Fall von Othaematom ohne eruirbare Ursache** wird von Dr. Seiler (Interlaken) wie folgt beschrieben: Am 3. November 1906 kam der 12jährige Knabe Z. in Begleitung seines Vaters zu mir, um mich zu consultiren wegen einer Geschwulst an der linken Ohrmuschel. Die Inspection ergab eine fluctuirende Geschwulst, die mehr als die obere Hälfte der Ohrmuschel einnahm, und deren Oberfläche bläulich zu schimmern schien. Anamnestisch konnte gar nichts herausgebracht werden, und auch der Vater konnte nur soviel sagen, dass er die Geschwulst vor circa 14 Tagen bemerkt habe. Von Fall, Schlag, Verletzung überhaupt, wusste der kleine Pat. nichts anzugeben; hat auch nie an der betreffenden Stelle Schmerzen gehabt. Die Incision der Geschwulst ergab als Inhalt blutig gefärbtes, klares Serum. Nach der Incision wurde die Incisionsöffnung drainirt und ein Compressiv-Verband angelegt. Zwei Tage später war die Geschwulst trotz Drainirung wieder neu gebildet. Es wurde nun die Höhle ausgekratzt und mit Jodtinctur bepinselt; darauf wieder Drainirung und Verband. Nach 5 Tagen war die Geschwulst wieder etwas gebildet, wenn auch vielleicht in etwas geringerem Grade als das erste Mal. Ich eröffnete nun die Höhle ziemlich breit, tamponirte sie nicht zu fest mit Viroformgaze aus und liess zu Hause Umschläge machen mit Lysollösung. Diese Behandlung hat dann in befriedigender Weise zum Ziele geführt, indem die Geschwulst sich nicht mehr neu gebildet hat, sondern ganz obliterirt ist. Ein Räthsel bleibt die Ursache dieses Othaematoms, und es beweist der Fall, dass offenbar solche Haematome auch schmerzlos entstehen können. (Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1907 No. 9.)

— **Ueber den Tod durch Verblutung vom gerichtsärztlichen Standpunkt** veröffentlicht Dr. Heuduck (Hamburg) eine grössere Studie. Er fasst die Resultate seiner Arbeit in folgende Schlusssätze zusammen:

1. Der gewöhnliche Verlauf des Verblutungstodes ist der, dass sich unmittelbar an eine spontan oder traumatisch eintretende Zusammenhangstrennung des Gefässsystems eine äussere oder innere Blutung anschliesst, die ununterbrochen, durch nichts wesentlich behindert, fortdauert, bis nach einigen Minuten der Tod durch Gehirnanaemie eintritt.

2. Als hauptsächlichste Abweichungen von dem gewöhnlichen Verlauf kommen vor: Unterbrechungen der Blutungen (Tod durch Nachblutung, Spätblutung) sowie Complicationen durch secundäre Wirkungen der Blutung (Druck auf Gehirn, Herz, Lunge, Verstopfung der Luftwege, Luftembolie).

3. Die Abweichungen vom gewöhnlichen Verlauf zeigen sich bei den einzelnen Verletzungen, die Verblutungstod zur Folge haben können, in folgender Weise:

a) Beim Verblutungstod in Folge von Herzverletzungen können alle genannten Abweichungen vorkommen.

b) Der Verblutungstod bei Verletzungen grösserer Gefässe weicht um so häufiger vom gewöhnlichen Verlauf ab, je kleiner der Durchschnitt des verletzten Gefässes ist.

c) Bei Verblutungstod in Folge von Organrupturen steht die Frage nach der Art der Entstehung der Ruptur im Vordergrunde der gerichtsärztlichen Untersuchung; und zwar, ob die Ruptur lediglich der Einwirkung eines Traumas zuzuschreiben ist oder ob sie spontan in Folge von krankhafter Beschaffenheit des Organs ohne jegliche traumatische Einwirkung entstanden ist, oder ob beide Entstehungsarten gleichzeitig in Betracht kommen, und wenn letzteres der Fall, in welchem Verhältniss das Trauma, in welchem die krankhafte Beschaffenheit des Organs an der Entstehung betheiligt ist.

4. Die Diagnose des Verblutungstodes gründet sich auf den Nachweis einer Zusammenhangstrennung des Blutgefässsystems, einer stattgehabten Blutung, eines hohen Grades von Blutmangel in den Organen bei Leichen, die nicht verwest sind und Zeichen einer anderen Todesursache nicht aufweisen. In diesen Fällen ist die Diagnose ohne Schwierigkeit auf Grund der Section zu stellen.

5. Ist die Leiche verwest oder sind gleichzeitig Zeichen einer anderen Todesursache vorhanden, so ist die

Diagnose schwieriger und nur unter Zuhilfenahme der Nebenumstände zu stellen.

6. Behufs Abgrenzung des Begriffs Verblutungstod gegen verwandte Todesarten — Verletzung lebenswichtiger Organe — ist es zweckmässig, zwischen einfachem und complicirtem Verblutungstod zu unterscheiden, und zwar

a) Der einfache Verblutungstod liegt vor, wenn der Tod lediglich in Folge des Blutverlustes an sich eintritt,

b) Der complicirte Verblutungstod liegt vor, wenn der Tod eintritt als Folge secundärer Wirkungen der Blutung (Lähmung in Folge von Druck auf Gehirn, Herz, Lungen; Verstopfung der Luftwege durch Einfliessen von Blut, Luftembolie).

Anmerkung. Verwandt mit dem complicirten Verblutungstod sind die Fälle, wo der Verblutungstod einen Körper betrifft, dessen Blut in Folge von krankhafter Beschaffenheit oder von Herz- und Lungenkrankheiten herabgesetzten Sauerstoffgehalt aufweist. Hier wird bei Verblutung die Lähmung des Gehirns durch Anaemie und damit der Tod früher eintreten und daher der Butmangel der Organe ein geringerer sein können als unter gewöhnlichen Verhältnissen. Ferner wird in diesen Fällen eine Blutung, die unter gewöhnlichen Verhältnissen ohne Schaden verläuft (z. B. bei Abort), Verblutung zur Folge haben können.

Dieser Satz kann zunächst nur als Hypothese aufgestellt werden, da praktische Beispiele in der Literatur dafür fehlen.

7. Die Grundsätze für die gerichtsärztliche Beurtheilung des Verblutungstodes Neugeborener aus der unterbundenen aber gelockerten Nabelschnur können noch nicht als geklärt gelten.

8. Die gerichtsärztliche Beurtheilung der *Entstehung von Scheidenverletzungen sub coitu*, die den Verblutungstod zur Folge haben, ist mangels Uebereinstimmung der Forscher in diesem Punkt sehr schwierig und lässt sich ohne genaue Kenntniss der Nebenumstände nicht ausführen.

9. *Die ursächliche Beziehung eines Verblutungstodes auf eine frühere Verletzung oder einen früher stattgehabten Unfall* zwecks Feststellung eines Schadenersatzes an Hinterbliebene oder eine Unfallrente ist oft unmöglich, namentlich wenn zwischen Verletzung und Tod eine längere Zeit verstrichen ist.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1907 No. 39—42.)

Fracturen und Luxationen. **Die Luxationsfractur des Os naviculare pedis** hat Priv.-Doc. Dr. H. Jacobsthal (Chirurg. Universit.-Poliklinik Jena) zweimal beobachtet und das Charakteristische daran auch, wie bei den seinigen, bei 16 in der Litteratur genauer geschilderten Fällen, in gleicher Weise gefunden. Er nennt deshalb diese Affection eine „typische Fussverletzung" und beschreibt sie, wie folgt: „Die indirecte Luxationsfractur des Naviculare, eine Verletzung, die ausschliesslich bei Erwachsenen männlichen Geschlechts gesehen wurde, kommt zu Stande durch Sturz (Sprung) aus der Höhe, in einem meiner Fälle auch im Momente des Abspringens zu einem Hochsprunge. Hierbei trifft der Fuss in Spitzfussstellung auf den Boden auf und wird in seiner Längsachse von zwei Seiten her comprimirt, auf der Zehenseite durch den Anprall auf den Boden, auf der Fersenseite durch das Gewicht des Körpers (in einem Falle meiner Beobachtung auch durch das Gewicht einer nachfallenden schweren Kiste). Die Gewalten wirken auf den Bogen des Fussgewölbes im Sinne der Vergrösserung seiner Convexität; an der am meisten in Anspruch genommenen Stelle des Dorsum, etwa in seiner Mitte, kommt es zu Bandrupturen. Keilbeine einerseits, Talus andererseits, durch die Gewalteinwirkung dorsal zum Klaffen gebracht, plantar zusammengedrängt, quetschen das Naviculare dorsal heraus, wie die Finger den Kern einer geöffneten Pflaume. Bei der Stärke der einwirkenden Kräfte erleidet dabei das Naviculare gleichzeitig eine Compressionsfractur, nur einmal fand es sich intact. Wie ersichtlich, ist die typische Dislocation diejenige dorsalwärts; bei den erwähnten 16 Fällen war denn auch 14mal die Verschiebung als dorsale zu bezeichnen, 2mal erfolgte allerdings eine vollständige Zertrümmerung des Knochens, bei der die Fragmente ausser nach dem Dorsum auch nach der Planta dislocirt wurden."

(Centralbl. für Chirurgie 1907 No. 2.)

— **Ueber eine seltene Form der isolirten Oberkieferfractur** macht Dr. R. Lehmann (Kempfeld) folgende Mittheilung: „In einer der in meinem Bezirk zahlreichen Edelsteinschleifereien geriethen kürzlich zwei Schleifer in einen Wortwechsel, in dessen Verlauf der eine seinen Gegner thätlich angriff. Der Angreifer benutzte dabei als Waffe einen Hammer, den er soeben bei der Arbeit gebrauchte, nämlich einen der in diesem Berufszweige üblichen kleinen, mit scharfen Kanten versehenen, denen ein langer dünner

Stiel eine bedeutende, auf einen kleinen Bezirk begrenzte Schlagkraft verleiht. So ist es zu erklären, dass der Hammerschlag, den der Angegriffene mit dem Arm zu pariren versuchte, wie die schwippende Spitze eines Schlägers sein Gesicht traf und ihn unterhalb des linken Auges verletzte. Der Getroffene kam mit einem starken Bluterguss unterhalb des Auges und Blutunterlaufung der Conjunctiva bulbi et palpebrae inf. in meine Behandlung und klagte zugleich, dass er, wenn er sich schneuzte, an der Verletzungsstelle ein heftiges Knacken spüre, dass sich aus dem linken Nasenloch ausserdem bei jedem Schnauben und Niesen Blut entleere. Die Untersuchung der linken Nasenhöhle mit dem Nasenspiegel ergab ausser Blutgerinnseln und beständiger blutiger Befeuchtung der Wände nichts Besonderes, namentlich keine Formveränderungen. Von einem Herumstochern in der Nasenhöhle mit Sonden habe ich in der Ueberzeugung abgesehen, dass ich damit dem Patienten nicht nützen, möglichen Falls aber schaden könnte. Die für den Patienten äusserst schmerzhafte Palpation der Verletzungsstelle von aussen ergab, soweit die Anschwellung und blutig ödematöse Durchtränkung der Weichtheile eine genaue Untersuchung zuliess, eine nach innen convexe Infraction des Margo infraorbitalis des Oberkiefers in der Mitte zwischen dem Foramen infraorbitale und Canalis nasolacrymalis. Wie aus der Untersuchung weiter hervorging, musste die Knochenfractur bis zur nächst angrenzenden Wand dieses letzteren Canals durchdringen und auch, was ja unschwer zu erklären ist, die diesem anliegende häutige Wand des Thränensackes arrodirt haben. Denn bei äusserem Fingerdruck auf die Verletzungsstelle hörte man aus dem linken Nasenloch heraus deutlich das vom Patienten selbst beschriebene Knacken, wie das Aufspringen einer Luftblase aus teigiger Umgebung. Dem Eindringen von Luft in die Verletzungsstelle stand ja nun auch ebensowenig ein Hinderniss entgegen, wie dem Austritt von Blut aus der Nasenhöhle, nachdem es seinen Weg von der Verletzungsstelle direct in den Thränennasengang genommen hatte. Unter einer Behandlung von feuchten Verbänden der Verletzungsstelle aussen und antiseptischen Nasenspülungen verlief die Erkrankung ohne Besonderheiten. Nach Abschwellung der Geschwulst durch Resorption des Blutergusses liess sich deutlich nachweisen, dass das nasale Fracturstück etwas gegen das laterale zurückgedrängt war, da letzteres mit einer abtastbaren scharfen Kante imponirte. Ob, was ja

nicht unwahrscheinlich ist, durch die Knochenfractur auch das Antrum Highmori mit der Höhle des Blutergusses und dem Thränennasencanal in Verbindung getreten ist, liess sich natürlich vorderhand nicht feststellen, um so weniger, als zu einer Punction der Oberkieferhöhle zunächst keinerlei Grund bestand. Ich darf aber annehmen, dass schwerere pathologische Veränderungen hier zunächst nicht eingetreten sind, da nach der knöchernen Verheilung der Fractur und dem Fortbleiben des Nasenblutens und des Knackens beim Schnauben der Kranke nicht mehr zur Behandlung erschienen ist. Wenn hier eine Infection eines etwa vorhandenen Blutergusses, welche unter Umständen zu einem Empyem des Antrum Highmori führen könnte, stattgefunden haben sollte, so würde der Patient wahrscheinlich jetzt, wochenlang nach der Erkrankung, schon einmal wieder bei mir gewesen sein. Wie weit der Knochensprung sich nach abwärts erstreckte, liess sich mit absoluter Genauigkeit auch nach der Abschwellung nicht feststellen; jedenfalls ging die callöse Verdickung, die später nachweisbar wurde, vom Augenhöhlenrand etwa 1 cm weit nach abwärts. Eine von mir Anfangs in den Bereich der Möglichkeit gezogene Mitverletzung des Nervus infraorbitalis erwies sich später als nicht vorhanden; denn nachdem Oedem und Bluterguss geschwunden waren, verrichteten die von diesem Trigeminusaste versorgten Muskeln des unteren Augenlides, der Nase, der Wange und der Oberlippe ihre Functionen wieder tadellos.“

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1907 No. 5.)

— Einen **Beitrag zu den traumatischen Kniegelenksluxationen** liefert Otto. Die Luxationen im Kniegelenk gelten allgemein als sehr seltene Verletzungen, nach Malgaigne überhaupt als die seltensten. In Folge des gewaltigen Aufschwunges der Industrie und der Maschinenarbeit und der damit verbundenen grösseren Zunahme der Gefährdung der Arbeiter und der Verletzungen überhaupt finden sich in der neueren Litteratur auch zahlreichere Fälle dieser Luxationen mitgetheilt. Zu den 80 Fällen von Malgaigne bringt eine Arbeit Cramers 1894 noch 190 neue hinzu. Trotzdem handelt es sich immer noch um recht seltene Verletzungen — nach Helferich betragen sie nur 1 % sämmtlicher Verletzungen. Die Seltenheit der Verrenkungen im Kniegelenk erklärt sich aus seinem anatomischen Bau; um den gewaltigen Bandapparat, der das Kniegelenk umgiebt, die starke Kapsel und die innere Befestigung der

articulirenden Gelenkflächen durch die Ligamenta cruciata zu zerreissen, so dass die das Gelenk bildenden Gelenkkörper von einander weichen, dazu gehören bedeutende Gewalten. An der Hand von 55 Luxationen aus der neueren Litteratur seit 1904 und zweier neuerer interessanter Fälle bespricht Verf. eingehend die Aetiologie, Prognose, Complicationen und Therapie dieser Verletzung und unterscheidet Abweichungen des Unterschenkels nach vorn und hinten, innen und aussen. Die bei weitem häufigste Luxationsform ist die nach vorn mit 40,4%; dann folgt die nach hinten mit 19,6%, nach aussen mit 17,0% und die nach innen mit nur 6,3%. Verf.'s Fälle betreffen seitliche Luxationen nach aussen. Nach Cramer sind im Ganzen 48 äussere Luxationen des Kniegelenks beschrieben; Verf. konnte 18 weitere Fälle feststellen, darunter 2 vollständige. Die Luxation nach aussen entsteht entweder durch Fall auf den Fuss und seitliches Umknicken des Knies oder, wenn bei fixirtem Unterschenkel der Oberschenkel durch das Gewicht des darauf lastenden Körpers nach aussen abgehebelt wird oder durch directe Gewalteinwirkung auf Tibia oder Femur. In Verf.'s erstem Fall, aus der militärärztlichen Praxis Prof. Köhler's scheint die erste Ursache vorzuliegen und betraf einen jungen kräftigen Mann, der durch Ausgleiten auf Parquetboden so auf die r. Seite fiel, dass der r. Fuss unter seinen Körper zu liegen kam. Es fand sich eine Luxation des Unterschenkels nach aussen um die Hälfte der Gelenkfläche. Durch einfachen Zug und Druck wurde ohne weitere Gewaltanwendung die Einrenkung vorgenommen. Interessant war in dem Falle die seltene Complication der Peroneuslähmung, die nach einem Jahr die Nervennaht mit günstigem Erfolge erforderlich machte. Im 2. Falle, aus der Klinik Hildebrandt's, handelte es sich um einen 43jährigen Mann, dem eine Automobildroschke gegen die innere Seite des r. Kniegelenks fuhr. Der r. Unterschenkel stand zum Oberschenkel in Bajonetstellung, der Condylus intern. der Tibia stand auf dem Condylus extern. des Femur. 1 cm oberhalb des Condylus intern. femor. bestand eine einmarkstückgrosse, ins Gelenk führende Wunde. In Narkose durch Zug und directen Druck auf die Aussenseite des Unterschenkels Einrenkung der Luxation. Heilung erfolgte ohne Complication mit geringer Beschränkung der Beugefähigkeit nach etwa 8 Wochen.

(Inaug.-Dissert. Berlin 1907. — Refer. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1907 No. 5.)

Fremdkörper. **Zur Casuistik der Unfallverletzungen der Orbita** schildert San.-R. Dr. Hilbert einen interessanten Fall von Anfangs verkanntem F. in einer Augenhöhle. Beim Ringen in einer Tischlerei fiel Pat. mit dem Gesicht in einen Haufen Hobelspähne und hatte dabei das Gefühl, als ob ihm etwas in's rechte Auge gedrungen wäre. Aber man bemerkte an letzterem nichts, sodass Pat. erst am Tage darauf, als das Auge zu thränen begann und sich am rechten oberen Lide eine harte Schwellung zeigte, zum Arzt ging. Dieser fand keinen F., diagnosticirte nur Katarrh und verordnete Umschläge und Zinklösung. Da dies nicht half, suchte Pat. am 17. Tage den Autor auf. Rechtes oberes Lid geröthet; man sieht und fühlt dort eine umschriebene, 2,5 cm lange und 1,5 cm breite, in ihrer Längsrichtung parallel zum Orbitalrande verlaufende, sich hart anfühlende Anschwellung. Conjunctiva geröthet, aufgelockert, reichlich Schleim absondernd. Augapfel selbst völlig normal, überallhin frei beweglich. Beim Umwenden des oberen Lides in der Mitte des Fornix der Conjunctiva ein etwa 1/2 mm hervorragender Körper, von einem linsengrossen, blaurothen Hofe umgeben, sichtbar. Mit einer Pincette leicht hervorgezogen, entpuppt er sich als 3 1/2 cm langer, gewundener Holzspahn von etwa 1 mm Dicke. Nach 3 Tagen jetzt völlige Wiederherstellung. Einen so grossen F. hatte Pat. also in seiner Augenhöhle beherbergt, nachdem derselbe merkwürdiger Weise auch vom Arzte nicht entdeckt worden war! Da am ganzen Lide weder eine Wunde noch Narbe bemerkbar, muss der F. von innen in den Conjunctivalsack und nach Durchbohrung des Fornix in das orbitale Gewebe eingedrungen sein. Wie allerdings dieser lange, biegsame F. ohne Verletzung des Augapfels, insbesondere der Hornhaut, in die Orbita zu gelangen vermochte, bleibt dunkel; vielleicht hat aber jener Arzt oberflächliche Epithelabschürfungen übersehen. (Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1907 No. 6.)

— **Unbewusste einseitige Blindheit (?),** unter diesem Titel macht Dr. H. Westermann (Riga) folgende Mittheilung: „Dem Arbeiter E. W. fiel ein Fremdkörper in die linke Cornea; der Fremdkörper wurde leicht entfernt und ein Verband angelegt. Als nach einigen Tagen der Verband abgenommen wurde, klagte der Arbeiter, mit dem linken Auge nicht sehen zu können. Das Auge wurde genauer untersucht (in der hiesigen Augenheilanstalt) und es zeigte sich Folgendes: Keine Reizerscheinungen, Sehkraft 1/200,

Glaskörper etwas getrübt, in der oberen Hälfte der Netzhaut alte chorioiditische Herde, auch in der unteren Hälfte Erscheinungen einer Retinitis proliferans. Sideroskopische Untersuchung negativ. Da nun weder Erscheinungen einer Contusion, noch Erscheinungen eines ins Innere des Auges eingedrungenen Fremdkörpers nachweisbar waren, so konnte das Leiden auf die leichte Verletzung der Cornea nicht bezogen werden, sondern datirte seit längerer Zeit. Es fragte sich demnach: Wusste der Kranke schon früher von seinem Leiden und wollte dasselbe absichtlich auf die Verletzung beziehen, oder kam ihm das Leiden erst jetzt zum Bewusstsein?"

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, 1907 No. 5.)

Hemicranie. **Ueber Migränepsychosen** lässt sich Prof. Dr. A. Gordon (Philadelphia) aus und berichtet über 12 eigene Beobachtungen. Das gleichzeitige Auftreten von Migränesymptomen und psychischen Symptomen ist keineswegs überraschend. Das gleiche toxische Product, das bei arthritischen, fettsüchtigen und obstipirten Personen entsteht und im Blute circulirt, wird in gewissen Fällen nebst den Meningeal- und Bulbärsymptomen (Kopfschmerzen und Erbrechen) auch geistige Störungen hervorrufen. Allerdings sind die geistigen Symptome nicht häufig, doch zeigt die genaue Beobachtung, dass sie, wenn auch in milder Form, immer vorhanden sind. In jedem Falle von typischer H. besteht in gewissem Grade geistige Stumpfheit, Apathie, Verwirrung und nicht selten leichtes Delirium. Autor hat in den letzten 4 Jahren 12 Fälle von Psychosen bei Migräneanfällen beobachtet, die den eben erwähnten Gruppen angehörten. Die psychischen Erscheinungen bestanden in ausgesprochenen Verwirrungszuständen mit und ohne Delirien, mit und ohne Trugbilder, mit oder ohne Hallucinationen. Epikritisch bemerkt Autor zu den Krankengeschichten Folgendes: „Die Geschichte dieser zwölf Fälle weist die bemerkenswerthe Aehnlichkeit auf, dass in der Mehrheit der Fälle, wenn nicht in allen, drei geistige Zustände immer zu finden waren, nämlich Verworrenheit, geringer Stupor mit Hallucinationen, manchmal mit nicht bestimmt zu systemisirenden Wahnvorstellungen verbunden, und Delirien. Die Hallucinationen, die so häufig auftreten, betreffen meist den Gesichtssinn; einige Patienten hatten Gehörs- und einige Geschmackshallucinationen. Der Zustand der Verwirrtheit war bei allen meinen Patienten vorherrschend. Häufig war dieser

von Identitätsillusionen, unzusammenhängendem Sprechen und Denken begleitet, sowie von Störungen in der Orientirung. Die Wahnvorstellungen sind immer vorübergehend und nicht zu systemisiren. Einige Fälle lassen auf psychische Formen der Epilepsie schliessen, so z. B., wenn die Pat. auf der Strasse läuft, bis sie angehalten wird, oder wenn der Anfall des Patienten, der leichte Delirien hat und erregt ist, durch einen tiefen Schlaf beendet wird. In einigen Fällen endete der Migräneanfall mit einem dem post-epileptischen ähnlichen Zustand, nämlich mit geringer Verwirrtheit verbunden mit einem Zustand vollständiger Erschöpfung. In zwei Fällen wiesen die geistigen Störungen einen hysterischen Charakter auf, in einem Falle endete ein typischer Hemicranieanfall von achtstündiger Dauer mit einem vierstündigen Schlaf. Beim Erwachen hatte die Patientin geringe Delirien und Hallucinationen, indem sie laut sprach und lachte. In dem zweiten Falle bestanden die geistigen Störungen ebenfalls in geringen Delirien mit Pseudoreminiscenzen und Hallucinationen. In einem andern Migräneanfall war die Patientin in einem Zustand der Verworrenheit mit unbestimmtem Verfolgungswahn und Hallucinationen. Beide Patienten hatten hysterische Stigmatà. Was die Zeit des Auftretens der geistigen Störungen im Verhältnis zum Migräneanfalle betrifft, so entwickelten sie sich in der Mehrzahl der Fälle während des Anfalls, wenn die Kopfschmerzen ihren Höhepunkt erreichten, und verschwanden auch zugleich mit den Kopfschmerzen. In einigen Fällen dauerten sie noch 24 Stunden nach dem Aufhören der Migräne an. In manchen Fällen traten geistige Symptome am Ende des Anfalls auf, in einigen nur nach dem Anfall, und in einem Fall gingen sie dem Migräneparoxysmus voraus. Die Frage ist schon oft aufgetaucht, ob die psychischen Symptome, die bei den Migräneanfällen zu beobachten sind, die Folge der Migräne selbst sind, oder ob sie die Aeusserungen anderer Neurosen sind, etwa der Epilepsie oder der Hysteria gravis. Dass die Migräne in einer gewissen Gruppe von Fällen epileptischer Natur sein kann, mit anderen Worten, gleichbedeutend ist mit epileptischen Anfällen, ist ja bekannt. In solchen Fällen finden wir auch die Aura, die gewöhnlich ophthalmisch ist, und in beiden Fällen können psychische Complicationen zu beobachten sein. Die gleiche Betrachtung kann auch hinsichtlich des Verhältnisses der Migräne zur Hysterie angewendet werden, indem der Migräneanfall die Veranlassung für einen hysterischen Paroxysmus sein

kann. Die zwei oben erwähnten Fälle sind in dieser Hinsicht bezeichnend. Wenn diese Bemerkungen auch auf einige Fälle zutreffen, können sie doch keines Falls als allgemeingültig angesehen werden. Indem ich mich ausschliesslich auf meine eigenen zwölf Fälle beschränke, bin ich durchaus nicht berechtigt, den Schluss zu ziehen, dass wir vom Standpunkt der Epilepsie oder der Hysterie aus die beobachteten psychischen Aeusserungen erklären könnten. Im Gegentheil, in der Mehrheit fiel das Auftreten der geistigen Symptome mit dem Augenblick zusammen, wo die Kopfschmerzen ihren Höhepunkt erreichten, und das Auftreten dieser Symptome erfolgte gewöhnlich auch durchaus nicht plötzlich. Ihre Dauer, ihr Beginn und ihr Verlauf lassen nicht auf Epilepsie schliessen. In den zwei hysterischen Fällen, in denen die geistigen Aeusserungen den hysterischen psychischen Erscheinungen ähnlich waren, traten die letzteren auch im Stadium der vollen Entwickelung des Migräneanfalls auf. Mingazzini und Pasetti, die diesen Gegenstand besonders eingehend untersuchten, vertreten den Standpunkt, dass die bei Migräne zu beobachtenden Psychosen unabhängig und specifisch und für die Migräne sozusagen charakteristisch sind. Diese Behauptung der beiden italienischen Autoren ist nach meiner gegenwärtigen Studie keineswegs zu rechtfertigen. Die Zustände der Verwirrtheit, des Stupor und der Delirien, die nicht zu systemisirenden Wahnverstellungen, die Amnesie sind nicht im mindesten klinisch unterscheidbar von den bei denselben Psychosen unter anderen Umständen beobachteten Zuständen. Verwirrtheit in Folge exogener Intoxicationen, wie z. B. alkoholischer oder anderer Vergiftungen, ist ähnlich der Verwirrtheit, die während des Puerperiums entsteht, wo sicher Autointoxication vorliegt. So verhält es sich mit der Verworrenheit und dem Stupor, mit den Wahnvorstellungen, den Hallucinationen und der Amnesie. Diese Psychosen sind also nicht unabhängige Psychosen im Sinne Mingazzinis. Die Migränepsychosen haben gar nichts besonders Charakteristisches an sich, das uns ermöglichen würde, sie von ähnlichen geistigen Zuständen, die durch andere Gründe veranlasst sind, zu unterscheiden. Das wichtigste Moment bei den Migränepsychosen ist ihr inniger Zusammenhang mit derselben Ursache, welche die Migräneanfälle selbst hervorgerufen hat. Die Krankengeschichten der an Migräne leidenden Patienten sind alle identisch: Verstopfung, Fettleibigkeit, erbliche Prädisposition — jeder Zug im Leben der einzelnen Pat.

ist ähnlich. Daher ist Autointoxication zu erwarten und sie kommt auch wirklich häufig vor.“

(Klinisch therap. Wochenschrift 1907 No. 10.)

— **Ueber ophthalmoplegische Migräne und periodische Oculomotoriuslähmung** lässt sich Dr. Paderstein (Berlin) aus. Möbius trennte zwei Krankheitszustände von einander ab: die *„periodisch wiederkehrende“*, d. h. einseitige, vollständige Oculomotoriuslähmung, die in annähernd regelmässigen, von Kopfschmerzen und Erbrechen eingeleiteten Anfällen seit der Jugend den Pat. befällt, und die *„ophthalmoplegische Migräne“*, eine gewöhnlich ererbte Migräne, zu der erst im Laufe der Zeit, gewöhnlich nach sehr schweren und gehäuften Anfällen, die Lähmung als Complication hinzutritt, während bei den meisten Fällen der ersteren Form von vornherein mit dem ersten Anfall die volle Lähmung da ist. P. beobachtete folgenden Fall: Bei einer hereditär nicht belasteten P. bestanden seit früher Kindheit Migräneanfälle, zu denen im 14. Lebensjahre Ptosis, dann Pupillenerweiterung, schliesslich Paresen unregelmässig miteinander abwechselten. Die Paresen gehen in wenigen Tagen wieder zurück, worauf völliges Wohlbefinden besteht. Wenn man bedenkt, dass vereinzelt auch Trochlearis und Abducens bei solchen Migräneanfällen mitbetroffen sind, so entspricht für obigen Fall die Bezeichnung „ophthalmoplegische Migräne“ völlig der Situation. Aber es fehlt die Heredität. Handelt es sich nun etwa um die andere Form? Davon unterscheidet den Fall wieder, dass die Lähmung nicht von vornherein, sondern erst viel später zu den Migräneanfällen hinzutrat. Das ist aber auch das einzige Unterscheidungsmerkmal, und man sollte meinen, dass bei sonst gleichem klinischen Verlauf, auf diesen einzigen Unterschied hin, eine Abtrennung der beiden Formen nicht statthaft sei. Aber Möbius will für die Migräne eine functionelle, für die „Oculomotoriuslähmung“ eine organische Ursache zu Grunde legen. Allerdings liegen auch zwei Sectionsbefunde dieses Typus vor. Thomson-Richter fand bei einem Pat., der seit dem fünften Lebensjahr an recidivirender Oculomotoriuslähmung mit Migräne, sowie an Epilepsie litt, ein Fibrochondrom des rechten Oculomotorius, Karplus bei einer 43jährigen Frau, die seit den ersten Lebensjahr Anfälle rechtsseitiger Oculomotoriuslähmung mit Migräne hatte und an progressiver Paralyse starb, ein Neurofibrom, das die Fasern der Nerven auseinandergetrieben und zum

Schwunde gebracht hatte. Obwohl diese Befunde sich sehr ähneln, muss es doch in hohem Maasse zweifelhaft sein, ob in diesen Tumoren die Ursache der Affection zu finden ist. Es wäre ohne Analogie, wenn solche Geschwülste ein Menschenalter hindurch keine anderen Erscheinungen hervorrufen sollten, als gerade recidivirende Oculomotoriuslähmung mit Migräneanfällen. Wie dem aber auch sei, so lange die klinischen Bilder sich in keinem andern Punkte als der Zeit des Hinzutretens der Lähmung unterscheiden, erscheint die Trennung der beiden Krankheitsformen als erkünstelt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 19.)

Intoxicationen. **Ueber Gegenmittel gegen Lysolvergiftung bei Kaninchen** hält Dr. R. Friedländer einen Vortrag. Die Giftwirkung des Lysols beruht auf dem Gehalt von 50 Procent Kresolen. Die Behandlung der Lysolvergiftung bestand bisher in einer möglichst frühzeitigen und möglichst ausgiebigen Spülung des Magens, um so das Gift aus dem Körper zu entfernen. Es werden auch alle diejenigen Fälle, welche zur Magenspülung kommen, bevor zu grosse Mengen Kresol resorbirt sind, geheilt, und zwar ohne dauernden Schaden an ihrer Gesundheit zu erleiden. Nun ist leider ärztliche Hilfe nicht immer so nah, und es wäre natürlich sehr wünschenswerth, Mittel zu haben, welche entweder die Kresole in eine ungiftige Verbindung überführten, oder aber die Resorption der Kresole verzögerten oder ganz verhinderten. Autor machte Versuche an Kaninchen und suchte nach solchen Mitteln, die man nach erfolgter Vergiftung dem Thiere in den Magen einflössen könnte. Er stellte zunächst fest, dass eine nachträgliche Wasserzufuhr direct schädlich wirkte. Völlig nutzlos war auch Milch. Nun hat Blumenthal darauf hingewiesen, dass die Kresole eine grosse Affinität zum Fett hätten. Friedländer flösste nun einem Thier nach der tödtlichen Lysoldosis Olivenöl ein; das Thier blieb am Leben. Die Versuche wurden häufig wiederholt, und auch andere Fette versucht, Butter und Schweineschmalz in flüssiger Form; stets voller Erfolg. Auch Hühnereiweiss übte denselben günstigen Effect aus. Es wurde nun ausprobirt, in welcher Zeit nach der Lysolgabe die Gegenmittel noch wirksam sind, und es zeigte sich, dass bis zehn Minuten, d. h. etwa die Hälfte der frühestens tödtlichen Zeit, die Thiere gerettet wurden, von 15 Minuten an nützen die Gegenmittel nichts mehr. Es

ist also anzunehmen, dass nach 15 Minuten schon soviel Kresol resorbirt ist, dass der Tod unabwendbar ist. Was die Quantität der Gegenmittel anbetrifft, die zur Paralysirung der Kresolwirkung nöthig sind, so ergab sich, dass die vier- bis fünffache Menge erforderlich ist, um die Thiere dauernd am Leben zu erhalten. So gelingt es also, Thiere, die eine tödtliche Lysoldosis bekommen haben, durch Fette oder Eiereiweiss vom Tode zu erretten. Welche Schlüsse lassen sich nun aus diesen Experimenten für die Praxis ziehen? Autor macht da folgende Vorschläge. Die souveräne Behandlung der Lysolvergiftung bleibt natürlicher Weise eine möglichst baldige und möglichst ausgiebige Spülung des Magens. Wir wissen aber, dass auch nach vollkommener Befreiung des Magens von Lysol, also nach beendeter Magenausspülung, das im Körper kreisende Lysol theilweise wieder in den Magen hinein abgeschieden wird. Er würde daher empfehlen, nach der Magenausspülung Oel oder Eiereiweiss in den Magen einzugiessen und darin zu lassen, damit eine neue Resorption des wieder ausgeschiedenen Kresols möglichst verhindert wird. Er würde ferner empfehlen, in den Fällen, in welchen wegen zu grosser Herzschwäche der Magenschlauch nicht länger liegen bleiben kann, die Spülung abzubrechen, das Wasser möglichst aus dem Magen zu entfernen und rasch etwas Oel oder Eiweiss einzugiessen, durch geeignete Mittel die Herzthätigkeit zu bessern und dann erst die Magenausspülung weiter fortzusetzen. Autor würde ferner vorschlagen, das Publicum darüber aufzuklären, dass bei der Auffindung eines Lysolvergifteten vor allen Dingen für möglichst schleunige, ärztliche Hülfe zu sorgen ist, dass aber, bevor diese in Thätigkeit treten kann, Fett oder Eiweiss beizubringen ist, dass es dagegen höchst schädlich ist, ihm Wasser oder wasserhaltige Flüssigkeiten einzuflössen. — Discussion: Blumenthal hat die Versuche Friedländer's einer Nachprüfung unterzogen und konnte die Ergebnisse in jeder Beziehung bestätigen. Therapeutisch beim Menschen kommen natürlich diese Versuche nur für solche Fälle in Frage, in denen es unmöglich ist, sofort eine Magenausspülung vorzunehmen; denn es wird nach wie vor die Magenausspülung das souveräne Mittel bleiben, und Autor kann nach einer grossen Anzahl von Fällen, die er beobachtet hat, behaupten, dass auch bei solchen Vergifteten, welche fast pulslos in's Krankenhaus eingeliefert werden, mit einer Magenausspülung noch gute

Resultate erzielt werden. Nach beendeter Magenausspülung ist die Eingiessung von Olivenöl empfehlenswerth.

(Berliner medicin. Gesellschaft, 20. 3. 1907. Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 17.)

— **Einen Fall von Atoxylvergiftung** schildert Priv.-Doc. Dr. L. Wälsch (Prag) wie folgt: „Es handelt sich um einen Fall frischer Syphilis im zweiten Incubationsstadium (30jähriger Mann), bei welchem ich auf Grund der Mittheilungen von Uhlenhuth, Gross und Bickel eine Art von Frühbehandlung der Syphilis mit Atoxyl versuchen wollte. Der Patient consultirte mich am 6. Januar 1907 wegen eines kleinen Geschwürchens am Frenulum; Infection am 25. December 1906. Am 15. Januar 1907 hatte sich ein starker koronarer Lymphstrang gebildet und beiderseits waren die medianst gelegenen inguinalen Drüsen derb, indolent geschwollen. Am 27. Januar begann ich mit Einverständniss des Patienten, den ich völlig über den Versuch orientirt hatte, mit der Atoxylbehandlung, und zwar verabreichte ich ihm von der 20proc. Lösung zwei Theilstriche einer 1 g enthaltenden Pravazspritze = 0,04 Atoxyl intramusculär in die Nates. Diese Dosis erhielt er hintereinander durch drei Tage; dann wurde immer um 1 Theilstrich gestiegen und diese Dosis wieder drei Tage gegeben; ich wollte so allmählich bis zu einer vollen Spitze = 0,2 Atoxyl steigen und ihm dann diese Dosis nach der Schild'schen Vorschrift jeden zweiten Tag, eventuell zweimal wöchentlich verabreichen. Am 12. Februar habe ich Folgendes notirt: „Patient erhält zum ersten Mal sieben Theilstriche = 0,14 Atoxyl. Die Injectionen werden gut vertragen; die Drüsen sind auffallend kleiner geworden und ungemein hart. Die Adenitis hat sich nur auf die zuerst ergriffenen Drüsen beschränkt; die übrigen inguinalen und tastbaren Körperlymphdrüsen sind normal. Wohlbefinden. 15. bis 17. Februar: je acht Theilstriche = 0,16 Atoxyl. An den Seitentheilen des Stammes sind spärliche, flache, derbe, braunrothe Papeln von Kleinlinsengrösse aufgetreten. 18. bis 20. Februar: Neun Theilstriche = 0,18 Atoxyl. Am 20. Februar klagte Patient über Kopfschmerzen, starke Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen; er fiebert, hat leichten Augenkatarrh, Halskratzen, hustet, ohne dass sich an den Lungen etwas nachweisen liesse. Er hat bisher 24 Injectionen = 2,64 Atoxyl erhalten. Mit den Injectionen wurde nun selbstverständlich ausgesetzt. Am 21. Februar musste sich

Patient zu Bette legen, er fühlte sich ungemein matt und litt bis zum 23., unter leichtem Fieber bis zu 38°, an den geschilderten Erscheinungen. Am letzteren Tage traten Harnbeschwerden auf, er kann nur unter starkem Drucke seine Blase entleeren und hat dabei quälenden Harndrang. Der Harn ist von normaler Farbe, enthält keine pathologischen Bestandtheile. 25. Februar. Patient fühlt sich ungemein matt, „kann nicht kriechen". Der Harndrang belästigt ihn sehr, ist manchmal imperiös; die übrigen Erscheinungen geschwunden. Die Papeln am Stamm zeigen deutlichen Zerfall in ihrer Mitte; Psoriasis palmaris; nekrotische Papeln an Stirn und behaartem Kopf. Der Drüsenbefund unverändert. Bis zum vierten März hatte sich Patient so weit erholt, dass ich nun zu einer regelrechten Injectionsbehandlung mit Hydrargyrum salicylicum schreiten konnte, welche die Erscheinungen der Syphilis zum Verschwinden brachte. Von den früheren Symptomen bestand noch durch ca. 5 Wochen der belästigende Harndrang. Erst Ende März war er völlig verschwunden. — Der geschilderte Fall ist in mancher Hinsicht bemerkenswerth. Vor Allem beweist er, dass bei der Behandlung mit Atoxyl Vorsicht am Platze ist. Die geschilderten Symptome können wohl nicht anders als die einer Atoxylintoxication gedeutet werden, einer Combination von Arsen- und Anilinvergiftung. Als besonders charakteristisch möchte ich auf die Harnbeschwerden und den Harndrang hinweisen, die, wie ich mit Brenning annehme, auf Rechnung der Anilinintoxication zu setzen sind. Bemerkenswerth war ferner der Rückgang der Drüsenschwellung und das Ausbleiben der Anschwellung der übrigen Körperlymphdrüsen, so lange Patient unter Atoxylwirkung stand. Eine günstige Einwirkung auf den Verlauf der Syphilis liess sich nicht constatiren. Es erinnerten mich im Gegentheil die Symptome der ersten Eruption der Allgemeinsyphilis an der Haut an jene ungünstig verlaufenden Syphilisfälle, die präventiv mit Quecksilber behandelt wurden. Die therapeutischen Erfahrungen mit Atoxyl möchten mich daher keinesfalls zu weiteren Versuchen in dieser Richtung aufmuntern."

(Münch. med. Wochenschr. 1907 No. 19.)

— **Zur Behandlung des Delirium tremens** zieht Dr. F. Eichelberg ein grosses statistisches Material (1574 in den letzten 11 Jahren im Hamburger Allgem. Krankenhause Eppendorf beobachtete Fälle) heran, um zunächst zu zeigen,

dass die Sterblichkeitsziffer eine günstige zu nennen ist. Was die Behandlung selbst anbelangt, so besteht sie vor Allem in sofortiger Entziehung des Alkohols. Von irgend einer specifischen Behandlung wird völlig abgesehen. Hauptsächlich wird auf Erhaltung und Stärkung der Herzthätigkeit geachtet und, sobald der Puls schlechter wird, zu den verschiedenen Excitantien (Digitalis, Strophantus, Campher, Kaffee) gegriffen. Am 3. Tage, wenn das Delirium im Abklingen begriffen ist, bekommen die Pat. Abends 2—4 g Chloralformamid. Da sie meist grossen Durst haben und möglichst grosse Flüssigkeitszufuhr und erhöhte Diurese nur von Nutzen ist, wird ihnen während des Deliriums ein Getränk gereicht, das ganz wohlschmeckend ist und wegen seiner bräunlichen Farbe für ein alkoholisches Getränk gehalten wird:

Extract. oxycocci 50,0
Syr. simpl. 200,0
Aq. commun. 5000,0

Kommt Pneumonie als Complication hinzu, so erhalten die Pat. sofort Digitalis und hier auch Alkohol.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 20.)

— **Ein Fall von schwerer Lysolvergiftung** wurde von Dr. v. Burk (Ulm) beobachtet. Eine junge Dame hatte 60—65 g reines Lysol genommen. Obwohl die Magenspülung erst 4 Stunden später vorgenommen wurde, war der günstige Effect doch offenkundig, sodass also auch noch in so später Zeit von einer Magenspülung nie abgesehen werden darf. Bemerkenswerth an dem Falle war noch der Befund von Zucker, Aceton und Acetessigsäure im Harn. (Ibidem.)

Neuralgien. Eine **doppelseitige Ischias durch Injectionen geheilt** hat Dr. K. Gerson (Schlachtensee). Die Ischias hatte schon 5/4 Jahre bestanden, verschiedene Mittel waren erfolglos angewandt worden. Autor benutzte die Tabloids von Burrougs, Wellcome & Co., und zwar löste er vom Sal. anaestheticum II (Cocain. hydrochloric. 0,1, Morphin. hydrochloric. 0,025, Natr. chlorat. 0,2) 2 Stück in 100 g abgekochten Wassers und spritzte davon (sterilisirt und angewärmt) 5 g beiderseits an der schmerzhaftesten Druckstelle ein, indem er letztere, während die rechte Hand die Spitze hielt, mit einem Finger der linken Hand genau präcisirte und sofort die Nadel einstach. Injicirt wurde

erst, nachdem die 5 cm lange Canüle ganz den Muskel durchdrungen und den Nerven erreicht hatte, und es wurde während der Einspritzung die Spritze tief in den Muskel hineingedrückt, sodass auch die nur 5 cm lange Canüle den Nerven erreichte. Schon die Wirkung der 1. Injection war frappant. Pat. konnte wieder weitere Wege machen. Vor jeder folgenden Einspritzung wurden die Injectionsquanta in einem Petrischälchen kurz aufgekocht. Die Injectionen folgten Anfangs in Pausen von 5, später von 7—14 Tagen. Nach der 9. Injection war Pat. völlig schmerzfrei, und diese Schmerzfreiheit dauert jetzt schon 8½ Monate an.

(**Die Therapie der Gegenwart, März 1907.**)

— **Heilung der N. durch Eucain-Injectionen** erzielte Dr. Opitz (Krankenanstalt Altstadt in Magdeburg). Schon Lange hatte mit grossem Vortheil Eucain β bei N. zur Anwendung gebracht. Nach sorgfältiger Desinfection der Haut hatte er den Nervus ischiadicus von seiner Austrittsstelle aus dem Foramen ischiadicum abgetastet, dann mit Hülfe einer Schleich'schen Spritze mit entsprechend langer Canüle in der Haut eine Quaddel gebildet und nunmehr direct auf den Nerven unter gleichzeitigem Ausspritzen der Lösung eingestochen; der Stich durch die Haut und Musculatur war schmerzlos, dagegen zuckten die Pat. zusammen, wenn die Nadel den Nerv berührte. Durch die günstigen Erfolge Lange's angeregt, hat nun auch Opitz seit etwa 1 Jahre einzelne Fälle von N., insbesondere von Ischias, mit Injectionen behandelt, und zwar wurden für eine Injection 30 ccm einer Lösung von Eucain β 0,5, Aq. dest. 30,0 benutzt. Es wurde ebenfalls dem Druckpunkte entsprechend eingestochen und injicirt, sobald der Patient heftig zusammenzuckte. Es ist dies ein sicheres Zeichen, dass der Nerv oder die Nervenscheide getroffen ist. Von 11 Fällen wurde so 8 mal vollkommene Heilung erzielt und 3 mal Besserung. Bei acuter Ischias wirkten schon 1—2 Injectionen, in chronischen Fällen mussten sie mehrmals wiederholt werden, ehe Heilung erzielt wurde. Die einfache Methode ist also sehr zu empfehlen, besonders für hartnäckige Fälle. Die Eucainlösung ist völlig ungiftig und sterilisirbar; es ist empfehlenswerth, ihr einige Tropfen Suprareninlösung hinzuzusetzen.

(**Klin.-therapeut. Wochenschrift 1907, No. 14.**)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Die **Benutzung von „Rahmentaschen“ zum Mitführen geburtshülflicher, gynaekologischer und chirurgischer Instrumente** empfiehlt W. Liepmann. Von den gebräuchlichen geburtshülflichen Bestecken sind die meisten weder aseptisch noch bequem. Besser ist es schon, wenn man sich — nach dem Rathe von Bumm — einer grösseren ledernen Tasche bedient und die Instrumente in leicht auswaschbaren Leinenbeuteln mit sich führt. Aber auch hier lässt die Bequemlichkeit beim Herausnehmen der Instrumente aus den Beuteln zu wünschen übrig; ausserdem sind die Instrumente leicht Reibungen gegeneinander ausgesetzt, und es leidet schnell die Verwickelung. Diese Uebelstände beseitigen die „Rahmentaschen“, ohne auf die Vorzüge der Beutel zu verzichten. Hören wir den Autor:

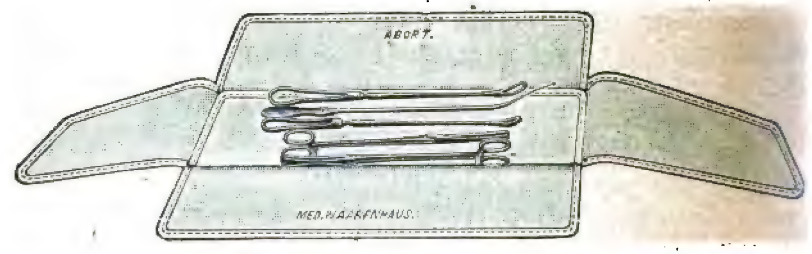


Fig. 1.

„Die „Rahmentasche“ ist in ihrer Construction äusserst einfach (cf. Fig. 1). Sie besteht aus einem metallenen Rahmen in Form eines Rechteckes, der für geburtshülfliche Bestecke so gross sein muss, dass er das längste Instrument, das in Frage kommt — den Cranioklasten — wenigstens in der Diagonale aufnehmen kann. Ueber dem Rahmen ist ein Segeltuch gespannt; dieses hat vier Klappen, wie die Figur zeigt, die nach oben über dem Rahmen zusammengeschlagen werden, nachdem die Instrumente einfach flach auf den mit Segeltuch überspannten Rahmen, nebeneinander plan liegend, ihren Platz gefunden haben, der übrigens ganz beliebig und durch keine Schlaufen und „keine complicirte Anordnung“ bestimmt ist. Auf der Tasche bringt man eine entsprechende Aufschrift an: „Abort“ — „Naht“ — „Zange“ — „Perforation“ — „Pubeotomie“ oder sonst dergleichen. Die einzelnen Taschen werden einfach übereinander gelegt und es bleibt bei der Benützung dem Arzte freigestellt, ob er nur die eine, etwa

„Abort“, oder mehrere Taschen in der Reisetasche mit sich führen will. Die Taschen lassen sich wie die Beutel leicht reinigen und auskochen. Bei der Benutzung ist es ausserordentlich bequem, dass die Instrumente plan wie auf einem Theebrett liegen, und so leicht von der Hebamme zugereicht werden können. Für die geburtshülfliche Praxis hat sich mir unter Anwendung dieser „Rahmentaschen“ ein Besteck als äusserst bequem und aseptisch bewährt, das vom Medicinischen Warenhaus (Berlin) nach meinen Angaben hergestellt wurde. Die Vortheile dieses Besteckes sehe ich in folgenden Punkten:

1. Das Instrumentarium befindet sich in einer rindledernen Reisetasche, die sich in nichts von einer der eleganten Mädler-Taschen unterscheidet.

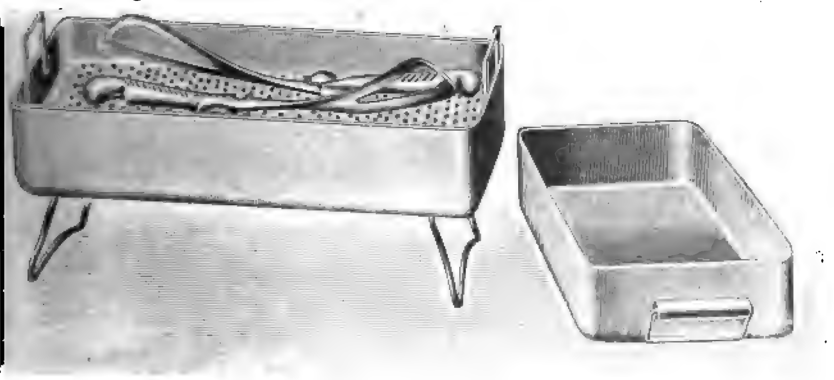


Fig. 2.

2. „Das Klirren der Metalltheile“, das den „unheimlichen Inhalt verräth“, ist durch die Lagerung der Instrumente in Rahmentaschen aus Segeltuch vermieden. Der Arzt braucht nur die Instrumente mitzunehmen, die ihm nach den Umständen geboten erscheinen.

3. Die mit Instrumenten versehenen Rahmentaschen finden ihre Aufbewahrung in einem aus einem Stück gestanzten und daher unverwüstlichen Sterilisirapparat (cf. Fig. 2), dessen überhängender Deckel gleichzeitig als Kühlschale dient und ausserdem ein Eindringen von Staub unmöglich macht. Die Instrumente befinden sich daher auch bei längerer Nichtbenutzung in einem tadellos sauberen Zustand.

4. Der Kasten mit Arzneimitteln, die Spülrohre, Trachealkatheter, Infusionscanülen etc., finden in dem

mehrere Liter fassenden Irrigator ihren Platz (Fig. 3B *a* und *b*), ebenfalls in einem besonderen Fach die Waschinstrumente.

5. Eine Blechschachtel mit doppeltem Boden (Fig. 3A) nimmt auf der einen Seite die Gummihandschuhe, Watte, sonstiges Verbandmaterial, Dührssenbüchsen etc., auf der anderen Seite Narkoseninstrumente auf.

6. Die unter 4 und 5 geschilderten Theile stehen in der Tasche zu oberst, da sie diejenigen Utensilien enthalten, die man bei der ersten Untersuchung allein braucht. Ist ein instrumenteller Eingriff nicht nöthig, so legt man einfach das benützte zurück, und das übrige Instrumentarium bleibt unberührt.

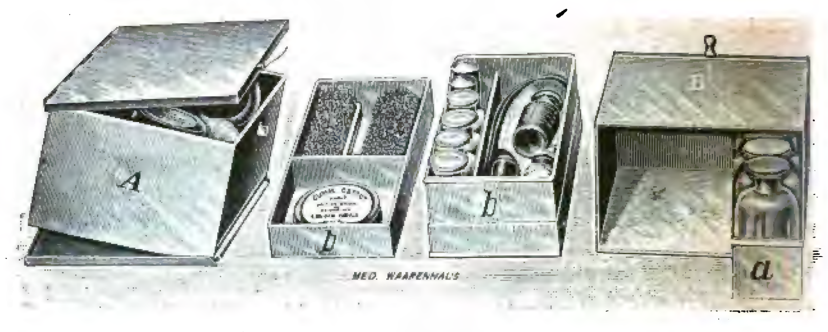


Fig. 3.

7. In dem gewölbten Deckel des Lederkoffers ist ausserdem Platz für einen Beckenzirkel und einen Operationsmantel. In diesen Operationsmantel werden am Schlusse der Operation die Instrumente eingewickelt, die benützt waren, sodass keine Stelle des Besteckes mit gebrauchten Instrumenten in Berührung kommt.

8. Ein- und Auspacken ist in der denkbar kürzesten Zeit möglich, da es ja durch die Rahmentaschen völlig gleichgültig ist, an welche Stelle die Instrumente kommen."

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 19.)

— **Wie ist der zunehmenden Kindbettfiebersterblichkeit zu steuern?** so fragt Prof. Dr. O. v. Herff (Basel) und stellt als Antwort zwei Postulate auf: *Minderung der Operationen* und *Besserung der Desinfection in der Hauspraxis.* Als wesentliche Ursache der Zunahme der Kindbettfiebersterblichkeit bezeichnet er: ungenügende Desinfection an der Hand einer unheilvollen Vielthuerei. Jeder Arzt müsste

seine Operationsanzeigen auf das allerstrengste stellen. „Der Geburtshelfer muss sich unbedingt wieder daran gewöhnen, wie es doch früher mehr der Fall gewesen ist, nur im äussersten Nothfalle operativ einzugreifen. Insbesondere gilt solches von der Zange, von der manuellen Placentarlösung, erstere als die blutigste aller einfacheren geburtshülflichen Eingriffe, letztere als jene Operation, die eine Infection am meisten begünstigt. Ganz müssen von der Bildfläche verschwinden: die „unschuldige Zange", die „Erlösungszange", die „Luxuszange", die „prophylactische Zange" oder wie sonst die euphemistischen Ausdrücke für die Eigennutzzangen, oft genug Portemonnaiezangen, lauten mögen! Vermeiden alles unnöthigen Untersuchens und Operirens bei gewissenhaftester Desinfection muss die wichtigste Losung heissen, wenn anders weitere Erfolge in der Vorbeugung des Kindbettfiebers erzielt werden sollen". Was nun die Desinfection der Hand anbelangt, so bespricht Autor den Gebrauch der Handschuhe und kommt zu dem Schluss: „Der richtige und sachgemässe Gebrauch von Handschuhen vereinfacht nicht die Desinfection, sondern complicirt und vertheuert sie nicht unerheblich. Der unschätzbare Werth der Handschuhe liegt darin, dass sie, mit einiger Vorsicht angewandt, einen hohen Schutz nach Beschmutzung der Hände mit gefährlichen Fremdkeimen, bei Vorhandensein von kleinen Wunden an den eigenen Händen etc. gewährleisten, weil sie in dringenden Fällen ein rasches Eingreifen ermöglichen. Das sind aber Nothfälle, Ausnahmen, die nicht jeden Tag vorkommen." Autor ist ein begeisterter Anhänger der Ahlfeld'schen Methode: „Die Heisswasseralkoholdesinfection Ahlfeld's, gegebenen Falls unter Zusatz eines Desinficiens zum Alkohol, etwa Bacillol, nach Engel für diejenigen, die sich von dem Glauben nicht freimachen können, dass Antiseptica in wenigen Minuten auf nicht freischwimmende Keime wirken, ist zweifellos jene Methode, die die bequemste ist und die dabei den weitgehendsten vernünftigen Ansprüchen an Keimarmuth, selbst an vorübergehender Keimfreiheit der Hautoberfläche gerecht wird — das kann nicht oft genug wiederholt und gepredigt werden. So kann ich zu keinem anderen Schlusse kommen, gestützt auf diese 6000 Beobachtungen, selbst wenn ich deren Ergebnisse der strengsten Kritik unterziehe, als dass die verhältnissmässig einfache und bequeme Heisswasseralkoholdesinfection in Hinsicht der erreichten Erfolge der complicirteren, unbequemen und zeitraubenden Fürbringer-

schen Methode zum mindesten völlig gleichwerthig ist. Erstere ist aber letzterer unter allen Umständen darin weit überlegen, dass sie einfacher ist, weil sie statt drei nur zwei Waschungen verlangt. Die Ergebnisse der Ahlfeld'schen Heilwasseralkoholdesinfection sind derart vorzügliche, dass ich in jeder Beziehung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet bin, diese Methode, die sich sowohl durch ihre Sicherheit wie durch ihre verhältnissmässige Einfachheit bestens auszeichnet, weiteren Kreisen auf das Wärmste zu empfehlen und meinen Schülern zu lehren." (Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 21.)

— **Seltenere Störungen der Schwangerschaft** schildert Oberstabsarzt Dr. Krummacher (Wesel). Besonders interessant ist ein *Fall von hysterischem Fieber*, dessen Krankengeschichte Autor wie folgt skizzirt:

33jährige. I. Grav. Mens. V. Schwangerschaft verlief bisher ohne grosse Störungen. In den ersten Monaten Emesis gravidarum, zeitweise Herzklopfen und Brustschmerzen. Sonst soll während und vor der Schwangerschaft die sehr gebildete Pat. stets ruhig und heiter gewesen sein. Auch in der Familie sind Nervenkrankheiten, soweit bekannt, nicht vorgekommen

26. XII. 03. Mittags wurde Pat. ohne bekannte Veranlassung plötzlich ohnmächtig. Sie wurde zu Bett gebracht und erholte sich etwas; doch bestand eine beängstigende Herzthätigkeit, mit Präcordialangst, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Ohrensausen; zeitweise wiederholten sich die Ohnmachtsanwandlungen.

6 Uhr Abends Befund: Pat. liegt sehr unruhig vor sich hinwimmernd, über starke Schmerzen in der linken Brust klagend, sowie über Kopfweh, Schwindel, Angstgefühl. Puls 90—104, sehr unregelmässig, aussetzend, aber nicht schlecht gespannt. Keine Zeichen von Anaemie. Temp. 36,9.

Urin — wie bei früheren Untersuchungen in den letzten Monaten — eiweissfrei. Keine Blutung, keine Beschwerden im Unterleib. Graviditas uterin. Mens. V.

Ordination: Eisblase auf Kopf. Senfplaster auf Herz. Innerlich Ti. Valeriana.

9 Uhr Abends: In der Zwischenzeit erst Ruhe. Seit Kurzem wieder sehr unruhig, mit Mühe im Bett zu halten; delirirt und phantasirt, Gesichtsausdruck wie bei lebhaft Hallucinirenden: Gesicht geröthet, Augen glänzend. Pupillen reagiren mit „hydraulischer Schwankung". Kurze

klonische Zuckungen im linken Arm und den Fingern, besonders im Zeigefinger. Temp. 42,3.

In der nächsten halben Stunde wird das Bewusstsein wieder klar. Jetzt keine Kopfschmerzen mehr. Ueber die Delirien weiss Pat. sich nicht zu besinnen.

27. XII. Herzthätigkeit ruhiger. Zeitweise Klagen über heftigen rasenden Kopfschmerz in der Stirne. Der Hinterkopf, auf den Pat. vor ca. 8 Tagen gefallen ist, nicht druckempfindlich. Pupillen reagiren wie gestern. Nackenmusculatur weich. Dem Kopfschmerz entspricht ein Ansteigen der Temperatur bis 43,0° C. Leichte Kreuzschmerzen.

28. XII. Ausser zeitweise — mit dem Anstieg der Temperatur zusammenfallenden — Kopfschmerzen klagt Pat. über Schmerzen im Leibe. Ob diese Wehen oder — was nach der Beschreibung wahrscheinlicher — Kindesbewegungen sind, lässt sich nicht feststellen, da Pat. beim ersten Auftreten sich zu heftig herumwirft. Die Convulsionen im linken Arm nur noch zeitweise und geringer als Anfangs. Temperatur bis 43°. Eispackung.

Innere Untersuchung: Portio erhalten. Muttermund geschlossen. Bluntersuchung auf Malariaplasmodien ergebnisslos.

31. XII. Das Befinden bis auf anfallsweise — wie oben — einsetzende Kopf- und Leibschmerzen, die jedesmal das Fieber ankünden, ungestört. Therapie: Kal. brom.

4. I. Pat. heute fieberfrei.

9. I. Pat. fieberfrei geblieben. Krämpfe im linken Arm nicht wieder aufgetreten. Die Unterleibsschmerzen haben ebenfalls aufgehört. Pupillarreflex wie oben. Patellarreflex gesteigert. Am Rücken, auf der Brust und den Armen analgetische Parthien.

Zunächst stand Autor hier von einem Räthsel. Eine schwere Infectionskrankheit lag ja nicht vor, Meningitis ebenfalls nicht (Ohren und Nase ohne jeden pathologischen Befund!), Plasmodien fehlten im Blut. Eine Fieberquelle liess sich nicht nachweisen. Da kam Autor auf Hysterie. Und in der That fehlten Stigmata nicht. Die mehrfach auch vor der Gravidität beobachteten Anfälle von Herzklopfen ohne Befund, die analgetischen Hautparthien, die gesteigerten Reflexe und die Zuckungen im linken Arm, die Kopfschmerzen und Hallucinationen, alles das deutete darauf hin. Die Hyperpyrexie war stets von kurzer Dauer, aber doch ungemein hoch (das Thermometer ging nur bis 43°, vielleicht waren die Temperaturen noch höhere!).

Man hat früher von „Schwangerschaftsfieber“ gesprochen, Fieber, für welches sich keine Ursache finden liess und das nach Beendigung oder Unterbrechung der Gravidität mit einem Schlage verschwand (man dachte an vom Foetus ausgehende Intoxicationen). Diese Diagnose nimmt Autor hier nicht als zutreffend an, zumal das Fieber schwand, während die Gravidität ihren ungestörten Fortgang nahm. Dass letzteres möglich war, dürfte sich dadurch erklären, dass die Fieberanfälle nur von so kurzer Dauer waren, 1/4—1/2 Stunde. (Münchner med. Wochenschrift 1907 No. 21.)

Syphilis. Ueber **Diagnose und Therapie der syphilitischen tertiären Zungensklerose** lässt sich Privat-Docent Dr. C. Bruhns (Berlin) aus. Die Diagnose eines gummösen Ulcus der Zunge ist leicht. Nicht so die der syphilitischen Infiltration des Zungengewebes mit Bindegewebsproliferation, von Fournier als „tertiäre sklerosirende Glossitis“ bezeichnet. Hier ist die Differentialdiagnose oft nicht leicht. Autor beschreibt 3 Fälle dieser Form und sagt von ihr: „Sie beginnt mit einer Anschwellung und Induration eines Theiles der Zungenmusculatur; während Anfangs die Oberfläche der Zunge noch eben erscheint, wird sie allmählich unter weiterer Ausdehnung des Processes höckerig, zwischen den Hervorragungen bilden sich Einziehungen und Furchen aus. Besonders auffallend erscheint oft eine tiefe Furche in der Medianlinie. Meist wird bei dieser Lappung der Zunge das Volumen wieder etwas kleiner werden als es auf der Höhe der Entzündung war, aber in manchen Fällen bleibt doch eine sehr bedeutende Makroglossie bestehen. Soweit verläuft der Process noch ganz oder fast schmerzlos für den Patienten, er fühlt nur die Vergrösserung des Volumens der Zunge, die ihm wohl auch beim Sprechen und Essen etwas schwerer beweglich erscheint. Allmählich aber bilden sich Geschwüre auf der Oberfläche aus. Diese können wohl in manchen Fällen einer Combination mit gummösen Processen ihren Ursprung verdanken, meist aber handelt es sich um traumatische resp. Decubitalgeschwüre. In den Furchen der Zunge setzen sich leicht Speisereste fest, die in Zersetzung übergehen, und so tritt zur mechanischen Läsion die Einwirkung von Fäulnissstoffen. Das Rauchen — auch unsere beiden ersten Kranken waren starke Raucher gewesen —, scharfe Speisen und Getränke etc. reizen die schlechter ernährte Schleimhaut der Zunge, und so ist es auch begreiflich, dass solche Geschwüre, einmal entstanden, schwer

spontan zur Heilung gelangen. Jetzt ist die Erkrankung für den Patienten sehr schmerzhaft, besonders alles Saure, Alkohol, Tabakrauch verursachen auf den offenen Stellen erhebliches Brennen, in schlimmeren Fällen macht schon das Schlucken und Sprechen Schmerzen. Bei vorgeschrittener Erkrankung, wie in unserem ersten Fall, kann also eine derartig veränderte Zunge sehr wohl den Eindruck einer Tumorbildung verursachen. Wenn wir uns die pathologisch-anatomischen Veränderungen vergegenwärtigen, so erklären diese sehr deutlich die klinischen Erscheinungen der Zungensklerose. Zunächst ist es die entzündliche Zellinfiltration, die die Anschwellung und eine Anfangs noch nicht so derbe Verhärtung bewirkt. Bei längerem Bestehen tritt dann die Bindegewebsbildung an Stelle der Zellinfiltrate, und sie verdrängt auch nach und nach die Muskelfasern. Mit der bindegewebigen Schrumpfung und Narbenbildung, die der bindegewebigen Schwielenbildung z. B. im Herzmuskel vollkommen analog anzusehen ist, entstehen auf der Oberfläche der Zunge die Einziehungen und Furchen, die die Lappenbildung des Organs bewirken. Fournier trennt nach seinen reichen Erfahrungen die tertiäre Zungensklerose in eine oberflächliche und tiefe Form. Die erste befällt nur die Schleimhaut in mehr oder minder grosser Ausdehnung und bewirkt eine eigenthümlich glatte und glänzende Beschaffenheit der ihrer Papillen beraubten Zungenoberfläche, sodass diese „wie gefirnisst“ aussieht. Die erst röthliche Farbe geht allmählich in eine blassere über. Sicher kommen beide Formen, die oberflächliche und die tiefe oft vereinigt vor. So bot auch unser Fall 3 sehr deutlich die Combination der Induration der Zunge in ihrer ganzen Dicke mit der eigenthümlich glatten Beschaffenheit der Schleimhaut dar, daneben fand sich noch das accidentelle Geschwür. Differentialdiagnostisch kommt neben der tertiären Zungensklerose durchaus in erster Linie das Carcinom in Betracht, weniger leicht können andere Affectionen zur Verwechselung führen. Der beginnenden Sklerose kann noch am ehesten ein erst in der Entwickelung begriffenes, noch nicht durchgebrochenes Gumma der Zungenmusculatur gleichen, aber dieses wird sich doch in der Regel weicher anfühlen, ganz besonders wenn die centrale eitrige Einschmelzung schon einen gewissen Grad angenommen hat. Und bleibt die Unterscheidung doch noch schwierig, so wird der Verlauf bald Aufklärung geben, entweder kommt das Gumma zum Durchbruch oder es bildet sich unter der eingeleiteten

Therapie rasch zurück, was bei einer Sklerose sicher nicht der Fall sein würde. Von einem Primäraffect der Zunge unterscheidet sich die tertiäre Sklerose durch die Art der Drüsenschwellung. Fournier giebt zwar an, dass bei tertiärer Zungensyphilis sich nie oder fast nie Drüsenschwellungen fänden. Wenn aber auch in Folge der vorhandenen traumatischen Geschwüre doch öfters eine Drüsenschwellung vorhanden sein mag — auch ich konnte bei meinen Beobachtungen immer Drüsenschwellung constatiren — so erreichen diese Drüsenvergrösserungen sicher nie den Grad, wie bei Primäraffecten der Lippen und Zunge. Die bei ganz gesunden Menschen nicht selten beobachtete gefurchte Zunge, die Lingua plicata, auch Skrotalzunge genannt, kann wegen der weichen Beschaffenheit der Musculatur sicherlich nicht mit der syphilitschen gelappten Zunge verwechselt werden. Dagegen ist ja begreiflich, dass bei vorgeschrittenen Fällen durch die Vergrösserung der Zunge, die starke Induration und die häufig vorhandenen Ulcerationen leicht der Gedanke an Carcinom erweckt werden kann, weniger allerdings wird das bei incipienten Fällen von Zungensklerose zutreffen. Durch ein Moment wird die Differentialdiagnose noch recht erschwert, dadurch nämlich, dass die Diagnose ex juvantibus zum Theil jedenfalls im Stich lässt. Während frische syphilitische Infiltrate durch Jodkali und Quecksilber leicht und innerhalb weniger Wochen zur Resorption kommen, sind die bindegewebigen Schwielen nicht mehr beeinflussbar durch die Behandlung. In frischeren Fällen, in denen auch noch entzündliche Infiltrate vorhanden sind, wird ja wohl die Verkleinerung der Anschwellung etwas bemerkbar werden, aber oft fehlt uns dieses diagnostische Hilfsmittel ganz. Einen gewissen Anhalt geben uns wohl folgende Punkte: Die Infiltration des Carcinoms lässt sich meist schärfer von dem umgebenden normalen Gewebe abgrenzen, während die syphilitische Infiltration mehr allmählich in die gesunden Theile zu verlaufen pflegt. Die Härte des Krebsknotens ist öfters doch noch derber, als die der syphilitischen Sklerose. Ferner tritt bei Syphilis die Furchung und Lappung mehr zu Tage als bei Krebs, und die Geschwürbildung erkennt man mehr als etwas accidentelles, sie ist flacher, während bei Carcinom der Tumor geschwürig zerfällt und die Verhärtung gewöhnlich doch tiefer geht. Oder aber, wenn es sich um eine Combination der Sklerose mit Gumma handelt, so zeigt letzteres eher die tiefen, steil abfallenden Wandungen, nicht aber den

aufgeworfenen harten Rand, den man bei Carcinom sieht. Das leichte Bluten des Geschwürgrundes spricht auch eher für Krebs, ebenso die stärkere Schmerzhaftigkeit bei Berührung und Druck auf den Tumor. Bei Localisation der Verhärtung vorwiegend auf der unteren Seite der Zunge werden wir eher auf Carcinom zu schliessen haben, weil die syphilitische Sklerose gewöhnlich von den Rändern und der Oberfläche der Zunge aus beginnt. Aber alle die angeführten Unterscheidungsmerkmale sind natürlich nicht sehr exact, und in zweifelhaften Fällen soll man ja nicht damit zögern, eine Probeexcision eines Partikelchens des Tumors vorzunehmen. Man verliere nicht zu viel Zeit mit einem Versuch, durch den eventuellen Erfolg einer antiluetischen Behandlung die Entscheidung treffen zu wollen, und mit Recht weisen Mikulicz—Kümmel darauf hin, dass nicht allzuselten Lues, besonders die gummöse Erkrankung, und Carcinom combinirt vorkommen. Man darf sich in solchen Fällen nicht täuschen lassen durch die Besserung der syphilitischen Neubildung durch die eingeleitete medicamentöse Therapie, während dabei der carcinomatöse Process doch weiter schreitet. Dass das Alter des Patienten ebenfalls nicht immer einen sicheren Anhalt giebt, ist ja bekannt, wissen wir doch, dass auch bei jüngeren Leuten ab und zu typisches Carcinom beobachtet wird. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass die syphilitische Sklerose der Zunge oft schon recht frühzeitig nach der Infection mit Lues auftreten kann, es scheint, dass sie häufig 2—3 Jahre oder wenig später post infectionem beginnt, also zu einer Zeit, die wir eigentlich noch zur Secundärperiode zu rechnen pflegen, und in der wir eine derartige Tumorbildung der Zunge noch nicht erwarten. Freilich wissen wir, dass auch an anderen Organen, speciell auch an der Haut Erscheinungen rein tertiären Charakters nicht so selten schon innerhalb der ersten Jahre nach der Syphilis-Infection sich ausbilden. So geben uns also die zeitlichen Verhältnisse gar keine diagnostische Stütze. Was nun die Behandlung der tertiären Zungensklerose anlangt, so kann ich mich kurz über diesen Punkt fassen. Zwei Gründe sprechen dafür, eine recht energische Cur vorzunehmen, besonders dann, wenn die Erkrankung schon weiter vorgeschritten ist. Einmal sind die Beschwerden, wie sie oben geschildert wurden, im vorgeschrittenen Stadium noch ausserordentlich lästige und wir müssen alles thun, um diesen Zustand zu lindern oder überhaupt möglichst zu verhüten. Aber wir sehen

auch, dass leichtere antisyphilitische Curen oft ganz wirkungslos bleiben, die Veränderungen sind ausser im ganz frühen Stadium der Behandlung schwer zugänglich. Das erklärt sich wohl aus der histologischen Beschaffenheit des Processes. Es wurde schon oben ausgeführt, dass die eigentliche bindegewebige Narbenbildung, die an Stelle der entzündlichen Infiltrate getreten ist, eine Regeneration überhaupt nicht mehr durchmachen kann. Wohl aber ist dies noch möglich bei den zwischen die Bindegewebszüge eingesprengten Zellherden, doch befinden sich diese vielfach inmitten eines gefässarmen, verhältnissmässig schlecht ernährten Gewebes und kommen in Folge dessen nicht so leicht zur Resorption wie syphilitische Zellfiltrate an anderen Stellen z. B. in der Haut. Es empfiehlt sich also durchaus, bei der tertiären Zungensklerose Jodkali mit Quecksilber combinirt zu geben, und zwar bei allen etwas vorgeschrittenen Fällen unser bei weitem am intensivsten wirkendes Quecksilberpräparat, das Calomel in Form von Injectionen anzuwenden. Wir verschreiben also etwa fünf bis sechs Einspritzungen, à 0,1 Calomel in circa 8tägigen Intervallen. Auch das Jod gebe man nicht in zu geringer Dosis. Weiter kommt es besonders darauf an, die traumatischen, für den Patienten so schmerzhaften Geschwüre zur Heilung zu bringen. Neben der Vermeidung aller beissenden und irritirenden Stoffe in den Speisen, des Alkohols, des Rauchens müssen sehr häufig antiseptische, aber nicht zu scharfe Spülungen vorgenommen und die Ulcerationen mit Pinselungen behandelt werden. Es empfehlen sich da besonders Lösungen von 5—10%iger oder auch stärkerer Chromsäure, und besonders gut scheinen Argentum-nitricum-Solutionen in etwa 10%iger Concentration zu wirken. Immer müssen wir die Kranken auf Recidive, die leicht auftreten, sorgfältig beobachten, und wenn sich solche zeigen, sie sofort wieder energisch behandeln."
(Die ärztl. Praxis 1907 No. 5.)

— **Mergal** hat Prof. Dr. M. v. Zeissl (Wien) bei 40 Patienten angewandt und war damit sehr zufrieden. Er fing mit zwei Kapseln pro die an und stieg allmählich bis zu acht Stück, welche von den Pat. gern genommen und gut vertragen wurden. Bei einigen stellte sich Diarrhoe ein, die aber nach zeitweiligem Aussetzen des Mittels rasch schwanden. Bei Cerebrallues, wo es auf regelmässige Darmentleerung sehr ankommt, ist Mergal besonders indicirt und hat hier die beste Wirkung. Aber auch sonst

machte sich seine Wirkung meist rasch bemerkbar, und Autor meint: „Wenn das Mergal auch ebenso wenig wie irgend ein anderes Präparat imstande sein wird, die Einreibungscur, die ja aus äusseren Gründen den meisten Kranken unangenehm ist, zu verdrängen, so bin ich doch schon heute sicher, dass wir für eine sehr grosse Anzahl selbst schwerer Syphilisformen im Mergal ein vortreffliches Präparat erhalten haben". Dazu kommt, dass Mergal besser vertragen wurde wie Sublimat, Calomel, Protojoduret. hydr. und Hydrarg. tannic. Eine sehr sorgfältige Mundpflege ist freilich nöthig, da es sehr leicht zu Gingivitis kommt. (Medicin. Klinik 1907 No. 15.)

— **Ueber Onychia pigmentosa** lässt sich Dr. H. Vörner (Leipzig) aus im Anschluss an eine interessante Beobachtung. Bei einem Pat. im Secundärstadium der S. entwickelte sich eine Nagelaffection, die am zweiten Finger am bemerkenswerthesten war. An diesem trat zunächst eine dunklere Stelle am tiefsten Rand des Falzes ein, die sich allmählich weiter schob. An der rechten Hand wurde die Nagelplatte in toto tiefschwarz, an der linken nur zur Hälfte, wobei die Verfärbung in der Mittellinie scharf sich abgrenzte, und zwar radial, während am Daumen ulnar die äusserste Parthie ebenfalls schwarz wurde. Ein Abheben des Nagels fand nicht statt, die Oberfläche blieb glatt. Schabte man die schwarzen Parthien ab, so zeigte sich, dass auch die weiteren Schichten schwarz verfärbt waren; die Verfärbung ging durch die ganze Nagelplatte. Die mikroskopische Betrachtung der abgeschabten Nagelsubstanz zeigte lamellenartig zusammengeschobene Hornmassen, die von gelblichem, bräunlichem bis schwärzlichem Pigment erfüllt waren. Es ist demnach wohl anzunehmen, dass durch den luetischen Process der Nagelmatrix mitunter Pigment zugeführt werden kann, welches dann auch in die Substanz des Nagels zu gelangen vermag.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 14.)

Typhus. Weitere Antworten auf die **Umfrage über die Bäderbehandlung und die medicamentöse Behandlung des Unterleibstyphus** (s. d. vorigen Nummern): Prof. Dr. F. Martius (Director der medicinischen Universitätsklinik in Rostock). Nach meiner Ansicht gehört die Hydrotherapie beim Abdominaltyphus zu den wesentlichsten und wirksamsten Behandlungsmethoden. Das Warum? im einzelnen auszuführen, würde den Rahmen

einer Antwort überschreiten. Ich beschränke mich darauf darzulegen, wie nach meiner Anordnung die Bäderbehandlung in meiner Klinik gehandhabt wird: Im allgemeinen wird der Typhuskranke, wenn die Achselhöhlentemperatur 39,5° übersteigt, gebadet. Er wird von dazu geschultem Personal vorsichtig in ein Bad von 35° Celsius gesetzt, und dieses langsam nnd allmählich, während das Wasser in dauernder Bewegung gehalten wird, durch Zufliessenlassen von kaltem Wasser auf ca. 26—27° Celsius abgekühlt. Die Dauer eines solchen Bades beträgt etwa 10—15 Minuten. Nach demselben wird der Kranke schnell abgetrocknet und in das angewärmte Bett getragen. Kalte Uebergiessungen halte ich für zu gewaltsam. Diese Bäder werden bis zu höchstens vier am Tage verabreicht, jedoch niemals Abends nach acht Uhr, um dem Kranken nicht die Nachtruhe zu stören. Contraindicationen sind: Herzaffectionen, drohende respective eingetretene Darmblutungen, grosse Prostration des Patienten und ähnliches. Durch medicamentöse Behandlung wird meines Erachtens wenig erreicht. Ich beschränke mich — abgesehen von Complicationen — lediglich auf die Verabreichung von Antipyreticis, von denen sich mir das Pyramidon gut bewährt hat. Dieses in Höhe von 0,3 g pro dosi wird den Kranken gereicht, wenn die Temperatur trotz der Bäder dauernd hochbleibt, sowie eventuell Nachts. Von Abführmitteln mache ich keinen Gebrauch; ich ziehe nöthigenfalls vorsichtige Darmeingiessungen mit lauwarmem Wasser vor.

Prof. Dr. Umber (städtisches Krankenhaus, Altona). Ihre erste Anfrage, betreffend die Bäderbehandlung, beantwortete ich dahin, dass ich jeden Typhuskranken baden lasse, die meisten Fälle einmal am Tage. Mehr wie drei Bäder, sowie nächtliche Bäder, erlaube ich auch in den schwersten Fällen nicht, vornehmlich aus Gründen cardiovasculärer Schonung. Nicht die Temperaturhöhe, sondern lediglich der Grad des allgemeinen respective cerebralen Ergriffenseins, der vornehmlich bei dem, was wir hier als „Elbtyphen" der Schifffahrt treibenden Bevölkerung sehen, beträchtliche Höhe zu erreichen pflegt, giebt uns die Indication für die Zahl der Bäder. Wenn nur ein Bad applicirt wird, geschieht dies am besten in der Zeit der Akme (zweistündliche Messung während der ganzen Fieberperiode!), gewöhnlich Nachmittags, schwere Fälle werden Vor- und Nachmittags, nur selten noch ein drittes Mal gebadet. Bei jedem ersten Bad hat der Stationsarzt Bad und Badereaction zu überwachen. Ist dieselbe gut,

so wird das Wasser von 35° C. bis auf 28° C. abgekühlt, die Badedauer auf 10 bis höchstens 20 Minuten ausgedehnt. Der Kranke soll bequem auf einem in der Badewanne ausgespannten Leintuch ruhen und unter ständiger Bewegung des Wassers mit Tüchern frottirt werden. Nach dem Bad, eventuell auch vorher, wird ein Schluck Wein oder eine subcutane Injection von 0,2 Coff. natrio-benz. verabfolgt. Zur Pflege, insbesondere zum Baden, wird auf der Typhusstation nur besonders in der Typhuspflege geschultes Personal verwandt. Bei schlechter Badereaction wird zunächst verkürzte Badedauer und verringerte Abkühlung versucht, bleibt die Reaction auch dann schlecht, ferner bei bedrohlicher Herzschwäche, bei Darmblutungen oder peritonitischer Reizung, wird das Baden abgesetzt, eventuell vorsichtige Ganzpackungen im Zweibettenverfahren versucht. Bei abundanten Darmblutungen haben sich mir vor Allem die Eiswasserklystire bewährt neben subcutaner Infusion von Kochsalzlösung oder Merck'scher Gelatine. Meine Antwort auf Ihre zweite Frage nach der medicamentösen Behandlung ist kurz: Die antipyretische Arzneibehandlung des Typhus ist uns bei der genannten gemässigten hydriatischen Behandlung stets entbehrlich gewesen. Bei frisch eingelieferten Fällen, die noch vor Ende der zweiten Woche stehen, entlasten wir den Darm durch zwei bis drei zweistündlich hintereinander folgende Calomelgaben von 0,2 g. Spätere Calomelgaben betrachte ich als gefährlich. Den Schwerpunkt der Behandlung neben der Bäderbehandlung legen wir auf ausreichende Calorienzufuhr in leichtverdaulicher Form von Beginn der Krankheit an und reichliche Diurese. (Medicin. Klinik 1907 No. 9.)

— **Die Behandlung des Unterleibstyphus mit Pyramidon** empfiehlt sehr warm Dr. B. Leick (evang. Diakonissenkrankenhaus Witten). Genau nach den Vorschriften Valentini's lässt er alle 2 Stunden, Tag und Nacht, 10 ccm einer 2%igen (bei Kindern 1%igen) Lösung geben; nur in seltenen Fällen war es nöthig, 3%ige zu geben. Der Patient erhält also im Allgemeinen alle 2 Stunden 0,2 Pyramidon. Jedes Mal vor dem Einnehmen erfolgt Temperaturmessung. Ist die Temperatur unter 36° gesunken, so wird das Mittel ausgesetzt. Zeigt sich nach 2 Stunden wieder ein Ansteigen, so wird es wieder gegeben. Messungen und Arzneigabe belästigen wenig, weit weniger als Bäder, und muss selbst Pat. geweckt werden, so ist das schon darum ganz zweckmässig, weil zugleich

Nahrungsaufnahme erfolgen kann. Wie lange Pyramidon gegeben werden muss, hängt von dem einzelnen Falle ab. Autor hat es viele Wochen hindurch nehmen lassen und nie einen Schaden davon gesehen. Im Allgemeinen verfährt er in der Weise, dass er, wenn die Pat. längere Zeit unter 37° geblieben sind, probeweise nur alle 3 Stunden die Arznei giebt. Bleibt die Temperatur dauernd unter 37°, dann wird am nächsten oder übernächsten Tage alle 4 Stunden, dann alle 6, 8, 12 Stunden eingegeben, und schliesslich ganz ausgesetzt. Diese Behandlung leistet bedeutend mehr als die Bädertherapie. Wenn man die Pat. sieht, glaubt man gar nicht, Typhuskranke vor sich zu haben, selbst wenn sie im Höhestadium der Krankheit sind. Die Temperatur niedrig, der Puls nur mässig erhöht, keine Benommenheit, keine Apathie, keine Delirien, guter Appetit, sodass die einzige Klage der Pat. darin besteht, dass sie zu wenig zu essen bekommen! Eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes findet kaum statt, aber die Fälle verlaufen sehr mild, Ernährung und Pflege lassen sich sehr gut durchführen, und das Endresultat ist ein äusserst zufriedenstellendes.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 12.)

— **Einiges über Pyramidonbehandlung des T.** giebt ferner Regimentsarzt Dr. W. Besslich (Budapest) zum Besten. Er verfährt wie folgt: Wenn die Diagnose festgestellt ist, wird, falls die Temperatur über 38,5° beträgt, streng individualisirend, dem Pat. täglich 2—3 mal 0,2—0,3 Pyramidon verabreicht, nebenbei mit Rücksicht auf Lungenventilation und Hebung des Blutdruckes Nachmittags ein Bad von 24° R., abgekühlt auf 20°, verabreicht, was auch wegen der Hautpflege unerlässlich ist. Dieses Verfahren wird durch die ganze Zeit des Höhenstadiums beibehalten; im Stadium der spontanen Remissionen wird nur etwa 2—3 Stunden vor dem zu erwartenden Beginn der nachmittägigen Steigerungen, eventl. noch einmal gegen 6 Uhr Abends, je 1 Dosis Pyramidon, daneben nur mehr jeden 2.—3. Tag ein Bad oder täglich 1—2 Theilwaschungen verabreicht. In allen Stadien zeitweise Aussetzen des Mittels, um den Fieberverlauf unbeeinflusst beobachten resp. spontane Entfieberung constatiren zu können. Daneben reichliche flüssige Ernährung, bis 1½ Liter Milch pro die, 2—3 Eier in Suppe verrührt, Weinsuppe; selbst breiige Nahrung erst 8 Tage nach definitiver Entfieberung. Was nun den Einfluss des Pyramidons auf den ganzen

Fiebertypus betrifft, so ist die Fieberhöhe im Allgemeinen unter dem Einfluss einer schematischen Pyramidonbehandlung eine geringere; es gelingt, die Temperatur, die ohne Pyramidon tage- bis wochenlang nicht unter 39,5^0 betrug, prompt bei 38,5—38^0 zu erhalten. Wie überlegen ist diese Therapie der Bäderbehandlung! Autor hat früher so und so oft gesehen, wie das selbst bis 18—16^0 R. abgekühlte Bad, das auf den Pat. schon recht unangenehm wirkte, zwar das Fieber von 39,5^0 auf 38^0 herabsetzte, dass aber dann die Temperatur nach 1 Stunde prompt die alte Höhe erreichte! Anders beim Pyramidon. 1—1$^1/_2$ Stunden nach Einnahme tritt prompt ein leichter Schweiss ein, welcher sich mitunter zu einem intensiven, 1—2 Stunden dauernden Schweissausbruch gestaltet, während dessen die Temperatur um 1—2$^1/_2$^{0} abfällt, um nach 4—5 Stunden langsam wieder anzusteigen. Selbst bei ungemein hartnäckigen Fiebern, an denen selbst 3—4 Dosen à 0,5 Lactophenin wirkungslos vorübergingen, wich das Fieber auf mehrere Stunden um 1—2^0, namentlich zur Zeit der täglichen spontanen Remissionen. Eine vom Autor mit Vorliebe geübte Darreichung war die etwa um 8 Uhr Abends, wo es bei der fallenden Tendenz des Fiebers oft gelang, für einen grossen Theil der Nacht bedeutenden Fieberabfall, selbst Fieberfreiheit und damit ruhigen Schlaf zu erzielen, während z. B. ohne Pyramidon die nächste Nacht eine Mitternachtstemperatur von über 39^0 und schwere Jactation brachte! Auf Pyramidon schwindet auch der Kopfschmerz, das Sensorium wird freier, das Krankheitsbild bessert sich so, dass man an der Diagnose zweifelt. Dabei keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. Auch Zeichen von Collaps sah Autor nie, jedenfalls in Folge der vorsichtigen Dosirung, die nicht Fieberlosigkeit um jeden Preis erzielen wollte, sondern sich mit Herabsetzung der Temperatur und Besserung der subjectiven Beschwerden begnügte. Die Darreichung des Pyramidons, selbst ohne Kapseln oder in Lösung ohne Corrigens, stiess bei keinem Pat. auf Widerstand. So stellt Pyramidon zweifellos ein höchst werthvolles Mittel zur Typhusbehandlung dar, das bestimmt sein dürfte, an Stelle der Bäderbehandlung die führende Rolle zu übernehmen.

(**Wissenschaft. Verein der Militärärzte der Garnison Wien, 26. I. 07. — Allgem. militärärztl. Zeitung.**)

Vitia cordis. **Zur Digalentherapie** giebt Dr. Fr. Teichmann die Erfahrungen wieder, die er im städt. Krankenhause Friedrichshain in Berlin gemacht hat. Die Mehr-

zahl der Beobachtungen betraf Fälle, in denen das Digalen *innerlich* verabreicht wurde, Zustände chronischer Herzschwäche, die mit einer Störung der Blutvertheilung, d. h. verminderter Füllung der Arterien und Stauung in den Venen einhergehen, also Kreislaufsstörungen bei Stenosen und Insufficienzen der Klappen, Herzschwäche im Verlaufe der chron. Nephritis, schliesslich einfache Myodegeneratio. Bei sehr vorgeschrittenen Fällen versagte natürlich Digalen, sonst aber war dessen Wirkung eine sehr befriedigende. Sie trat meist am 3., selten am 2. Tage der Darreichung ein. Eine schnellere Wirkung als die des Digitalisinfuses zeigte sich also nicht. Das Optimum der Wirkung wurde erzielt bei täglicher Darreichung von 3mal 1 ccm 8 Tage hindurch. Bei längerem Gebrauch (10 Tage) einige Male Reizerscheinungen seitens des Magens (Appetitlosigkeit, Erbrechen). Sonst keinerlei ungünstige Nebenerscheinungen. Bei einer Anzahl von Pat. übte Digalen allerdings eine ungünstige Wirkung aus. Bekanntlich wirkt Digitalis nur, wenn noch genügend functionsfähige Substanz für die geforderte Mehrleistung des Herzmuskels vorhanden ist. Daher bleibt die Wirkung bei schwerer Myodegeneratio, Polysarcia etc. oft aus. In solchen Fällen übte Digalen einen direct ungünstigen Einfluss wiederholt aus (erhöhte Irregularität und gesteigerte Frequenz des Pulses, Zunahme der subjectiven Beschwerden). Die Erklärung gab die fast regelmässig eintretende Verschlechterung in Fällen von Herzschwäche bei vorgeschrittener Arteriosklerose. Der Grund ist offenbar in der reinen Digitoxinwirkung des Digalens zu suchen, die vor Allem in einer lebhaften und schnell eintretenden Gefässcontraction und damit in einer Erhöhung des Blutdruckes besteht. Dadurch wird von dem schwachen Herzmuskel eine plötzliche Mehrleistung verlangt, die er nicht nur nicht leisten kann, sondern sogar noch mit stärkerer Störung seiner Function beantwortet. Doppelt gross ist die Gefahr, wenn auch die Coronararterien sklerosirt sind; auf diese wirkt Digitoxin verengernd, sodass die Blutzufuhr zu dem ohnehin in seiner Ernährung schwer geschädigten Muskel noch weiter vermindert wird. Bei manchen durch Digalen nicht oder ungünstig beeinflussten Fällen wurde bisweilen eclatante Besserung unter anderer Therapie erzielt. Besonders gut wirkte Diuretin, einige Male eigenthümlicher Weise auch Infusum Digitalis; hier tritt wohl durch die Wirkung der in den Drogen neben dem Digitoxin vorhandenen Alkaloide der Digitalisgruppe die Gefässcontraction und

Blutdruckerhöhung langsamer und parallel der sich hebenden Herzkraft ein. — In einer 2. Versuchsreihe wurde Digalen *subcutan* applicirt, Fast immer hierbei starke entzündliche Reaction der Haut, verbunden mit heftigen Schmerzen. Ebenso bei *intramusculärer* Injection des Präparates. Aufs Wärmste kann dagegen Autor die *intravenösen* Injectionen empfehlen. Zuerst scheute man sich vor grossen Dosen und injicirte 3 mal 1 ccm während mehrerer Tage. Abgesehen von der erst spät einsetzenden Wirkung zeigten sich bald schwere Unzuträglichkeiten, bedingt durch die häufige Wiederholung des doch immer ein Trauma bedeutenden Eingriffs: es traten Thrombosirung der Vene, ausgedehnte Oedeme, Schmerzen an den Injectionsstellen ein. Man stieg daher zu höheren Dosen, die entsprechend seltener injicirt wurden, und jetzt werden mit sehr befriedigendem Erfolge einmalig 4 ccm injicirt, was bei Bedarf nach einigen Tagen wiederholt wird. Die Indication für die intravenöse Therapie geben alle Fälle acuter und jene chronischer Herzschwäche, in denen eine sofortige Wirkung erwünscht ist. Diese tritt sehr rasch, meist schon nach wenigen Minuten ein. In den oben genannten Fällen, wo Digalen ungünstig einwirkte, bringt natürlich die intravenöse Application noch grössere Gefahren. Autor kommt also zu folgenden Schlüssen:

1. Das Digalen ist in geeigneten Fällen ein vollwerthiger Ersatz für die galenischen Digitalispräparate, welche es durch Constanz des Gehaltes und seine leichte Dosirbarkeit übertrifft.
2. Bei Arteriosklerose höheren Grades ist Vorsicht geboten. Steigerung der Frequenz oder der Irregularität des Pulses verlangen sofortiges Aussetzen. Für die intravenöse Application sind diese Fälle überhaupt ungeeignet.
3. Sklerose der Coronararterien ist eine stricte Gegenanzeige.
4. Die subcutane und die intramusculäre Anwendungsweise ist nicht empfehlenswerth.
5. Die intravenöse Injection bedeutet eine unschätzbare Bereicherung unseres therapeutischen Könnens. Sie ist überall da anzuwenden, wo eine sofortige Digitaliswirkung erzielt werden soll.

Bezüglich der Technik der Injection erwähnt Autor, dass er besondere Spritzen nicht für nöthig hält. Dagegen ist der von Strauss empfohlene kleine Kunstgriff

zur Prüfung der richtigen Lage der Spritze sehr vortheilhaft. Bei leichtem Anziehen des Stempels nämlich tritt, wenn sich die Nadel im Venenlumen befindet, eine Blutsäule lebhaft in die Spritze zurück; dadurch erübrigt es sich, die Spritze von der Canüle zu trennen, wodurch die Nadel leicht verlagert werden kann.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1907.)

— **Zur Dosirung des Digalens bei intravenöser Anwendung** warnt Privatdoc. Dr. K. Kottmann (Bern) jetzt vor grossen Dosen. Mehr als 1 ccm Digalen, eine meist schon wirksame Dosis, soll nicht eingespritzt werden. Diese Dosis kann man, falls der Effect zu gering ist, event. schon nach kurzer Zeit, nach $^1/_2$—1 Stunde wiederholen. Autor hat mit Injectionen von 1 ccm, event. 2—3 mal am Tage wiederholt, gute Erfolge bei zahlreichen dringlichen Herzinsufficienzen (Compensationsstörungen, Herzcollapsen bei Infectionskrankheiten, Lungenoedem etc.) erzielt. Die Injectionen sind ganz langsam vorzunehmen!

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1907 No. 10.)

— **Wie kann man ein Digitalisinfus dauernd haltbar machen?** Hofrath Dr. Stepp (Nürnberg) antwortet darauf: durch einen Zusatz (zum fertigen Infus) von einigen Tropfen Chloroform, wodurch das Infus Wochen und Monate haltbar und wirksam bleibt. Man verschreibt also:

Rp. Inf. fol. Digital. e 1,0 (150,0)
adde: Chloroform. gtt. 25.
M. D. S. 1—2 stdl. 1 Löffel

oder zur chronischen Digitalisbehandlung:

Rp. Inf. fol. Digital. e 2,0 (100,0)
adde: Chloroform. gtt. 25.
M. D. S. 2—3 mal tägl. 1 Löffel.

Mit der letzteren Verordnungsart kann man bei V. und bei der Arteriosklerose Erstaunliches leisten. Man giebt die ersten 2—3 Tage dreimal 1 Löffel, dann zweimal, bis die Pulszahl von 75—68 erreicht ist. Dann setzt man aus und giebt erst dann wieder ein- oder zweimal am Tage 1 Löffel, wenn die Pulszahl wieder steigen will; endlich giebt man nach 4—6—8 Tagen 1 Löffel, um die niedrige Pulszahl zu erhalten. Ist dieselbe dauernd erreicht, macht man eine Pause und controllirt die nächsten

Wochen hin und wieder, um, wenn nöthig, in der beschriebenen Weise wieder einzugreifen. Seit mehr als 20 Jahren hat Autor so V. und Arteriosklerose mit bestem Erfolge behandelt. (Medicin. Klinik 1907 No. 20.)

Vermischtes.

— **Ueber Sauerstoffbäder (Sarason'sche Ozetbäder)** macht Dr. A. Laqueur (Hydrotherap. Anstalt der Universität in Berlin) Mittheilung. Sarason empfahl 1904 ein von ihm ersonnenes Verfahren zur Herstellung moussirender Sauerstoffbäder; dasselbe besteht darin, dass im Badewasser eines gewöhnlichen Wannenbades durch chemischen Umsatz von zugesetztem Natriumperborat und Manganborat freies Sauerstoffgas entwickelt wird, und zwar ganz langsam und in sehr feinen Bläschen, die einen erheblichen mechanischen Reiz auf die Haut ausüben. Es hat nun Laqueur in grösserem Maassstabe Versuche mit diesen Bädern gemacht und kann zunächst bestätigen, dass die Entwickelung des Sauerstoffgases eine reichliche ist, dass dieselbe 15—20 Minuten gleichmässig anhält und dass sie einen intensiven mechanischen Hautreiz hervorruft. Er konnte eine oft erhebliche Herabsetzung der Pulszahl im Laufe des Ozetbades constatiren, namentlich auch in pathologischen Fällen, dagegen nur eine geringe Alteration des Blutdruckes. Die lebhafte Hautröthung in Folge von Vasodilatation, wie wir sie nach CO_2-Bädern zu sehen gewohnt sind, ist nach einem Ozetbade viel weniger bemerkbar oder fehlt ganz; offenbar ist der durch das lebhafte Moussiren ausgeübte mechanische Reiz auf die sensiblen Hautnerven, der reflectorisch auch auf die Herzaction verlangsamend wirkt, als das hauptsächlich wirksame Moment bei den Ozetbädern anzusehen, während vasodilatatorische Beeinflussung der Hautcapillaren dem Sauerstoffgas viel weniger zukommt, als der Kohlensäure. Es eignen sich für die Behandlung mit Ozetbädern *neurasthenische* Pat., namentlich solche, die an Paraesthesien der Haut leiden, ferner wegen der beruhigenden Wirkung Pat. mit nervösen *Aufregungszuständen* und *Schlaflosigkeit*, Pat. mit *tabischen Paraesthesien* und von Herzkranken solche mit *nervöser Tachycardie*, aber auch mit Tachycardie verbundenen organischen Herzleiden, bei denen eine Herabsetzung der Pulsfrequenz erwünscht ist. Die Technik des

Bades*) ist sehr einfach. Nachdem das Natriumhyperboratsalz in Wasser aufgelöst ist, steigt Pat. in die mit Wasser von 34—32° C. gefüllte Wanne, worauf Manganborat möglichst gleichmässig vertheilt zugesetzt wird, und verbleibt höchstens 15—20 Minuten im Bade.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 1.)

— **Fachausdrücke aus der neueren Immunitätslehre,** von Oberstabsarzt Dr. Dieudonné. (Fortsetzung.)

Anticomplement s. Complement.

Antitoxin (v. Behring). Nach Einverleibung von Toxinen im Körper gebildete specifische Reactionsproducte (Diphtherie-, Tetanusserum). Durch das A. wird das betreffende Toxin neutralisirt; es wird aber nicht zerstört, sondern geht eine ungiftige, für den Körper indifferente Verbindung mit dem A. ein. Auf die das Toxin bildenden Bacillen (z. B. Diphtheriebacillen) hat das A. keine schädigende Wirkung.

Autolysate. Durch mehrtägige Digestion der Bakterien gewonnene Bakterienextracte, die als Impfstoffe, z. B. gegen Typhus, verwendet werden.

Autolysine s. Haemolysine.

Bakterienpraecipitine s. Praecipitine.

Bakteriolysine (R. Pfeiffer). Im Blut von Menschen und Thieren, die eine natürliche oder künstliche Infection (Cholera-, Typhus-) durchgemacht haben, sich bildende Stoffe, welche die betreffenden Bakterien zum körnigen Zerfall bringen und auflösen. Pfeiffer'sche Reaction.

Bakteriotrope Sera (Neufeld und Rimpau). Sera (Streptokokken-, Pneumokokkenserum), welche die Kokken zur Aufnahme durch Phagocyten vorbereiten, behalten bei Erwärmen auf 65° ihre Wirkung (s. Opsonine).

Blut-Eiweissdifferenzirung (Uhlenhuth, Wassermann) s. Praecipitine.

Bovovakzin (v. Behring). Tuberculoseimpfstoff für Rinder; getrocknete, noch lebende menschliche Tuberkelbacillen, die für die Rinder wenig pathogen sind.

Cytase (Metschnikoff). Von den Leukocyten gebildete baktericide Stoffe. Syn. Alexine.

Cytolysine, Cytotoxine (Metschnikoff). Stoffe, die im Körper nach Einverleibung von fremden Zellen der verschiedensten Art gebildet werden; nach Injection von

*) Die Bäder sind zu beziehen von L. Elkan, Berlin O., Raupachstrasse 12.

Spermatozoen bilden sich Spermatoxine (spermatozide Substanzen), welche die Geisselbewegung der Spermatozoen zum Stillstand bringen; bei weissen Blutkörperchen Leucotoxin, bei Nierenzellen Nephrotoxin, bei Gehirnzellen Neurotoxin. Die C. wirken specifisch, d. h. nur auf die zur Vorbehandlung dienenden Stoffe einer gleichen Thierart; sie bestehen wie die Bakterio- und Haemolysine aus zwei Componenten: dem Complement und dem Ambozeptor. Nach Injection von cytotoxischem Serum bilden sich Anticytotoxine, welche die Wirkung der C. aufheben, z. B. Antispermatoxine.

Cytophile-Gruppe (Ehrlich) s. Ambozeptor.

Eiweisspraecipitine s. Praecipitine.

Endotoxine. Im Bakterienleib enthaltene Gifte, die beim Zerfall oder Auflösen der Bakterien (z. B. durch bakteriolytisches Immunserum) frei werden und so zur Vergiftung des Körpers führen.

Fixateur (Metschnikoff) = Immunkörper, Ambozeptor (s. d.). Nach Metschnikoff fixirt sich der Immunkörper der bakteriolytischen Sera auf die Bakterien, wodurch diese dann leicht von den Phagozyten aufgenommen und verdaut werden.

Fixirungsreaction (Bordet, Gengou, Moreschi) s. Komplementbindung.

Forensische Blutdiagnose s. Praecipitine.

Gruber-Widal'sche Reaction. Zusammenballung von Bakterien unter dem Einfluss eines homologen Immunserums, besonders zur Sicherung der klinischen Typhusdiagnose.

Gruppenagglutination. Wirkung des Immunserums nicht nur auf die homologen Bakterien, sondern auch auf nahe verwandte Bakterienarten.

Haemagglutine s. Haemolysine.

Haemolyse. Austritt des Haemoglobins aus dem Stroma der rothen Blutkörperchen und Auflösung.

Haemolysine (Belfanti und Carbone, Bordet, Ehrlich und Morgenroth). Das Serum von Thieren *(A)*, denen wiederholt Blut einer anderen Thierart *(B)* injicirt wird, hat die specifische Eigenschaft, Blutkörperchen der Thiere *B* zu lösen (Heterolysine); ausserdem tritt auch Zusammenballung der Blutkörperchen ein (Haemagglutinine). Die H. bestehen wie die Bakteriolysine (s. d.) aus dem Alexin oder Komplement (s. d.) und dem Ambozeptor (s. d.). Durch Einspritzung von Blutkörperchen derselben Species, also z. B. von Ziegenblutkörperchen bei

Ziegen erhält man Isolysine, also H., die das Blut anderer Ziegen auflösen, aber nicht die Blutkörperchen der immunisirten Ziege selbst; es bilden sich also keine Autolysine.

Durch Einspritzung von haemolytischem Serum bei einem anderen Thier treten Antihaemolysine auf, welche die haemolytische Wirkung aufheben. Nach der Zusammensetzung der H. bestehen diese Antihaemolysine aus dem Antikomplement (Antialexin) und dem Antiambozeptor.

Haptine (Ehrlich). Sammelname für die verschiedenartigen Körper, welche sich mit den Seitenketten (s. d.) der Zelle verbinden.

Haptophore Gruppe (Ehrlich). Bindende Gruppen der Haptine und Zellen. Ein Toxin z. B. hat eine haptophore und eine toxophore Gruppe; durch die erstere wird das Gift an die Zelle gebunden, wenn die h. G. des Toxins eine passende h. G. in einer Zelle findet, dann erst tritt die toxophore Gruppe in Thätigkeit und löst die eigentliche Giftwirkung aus (s. Seitenketten).

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 48.)

(Fortsetzung folgt.)

Bücherschau.

— Von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) sind in letzter Zeit 3 neue Hefte (24—26) erschienen, von denen die beiden ersten „*Künstliche Säuglingsernährung*“ (Preis: Mk. 2.—) und „*Ernährung und Pflege des Kindes von der Entwöhnung bis zur Pubertät*“ (Preis: Mk. 1.—) Themata behandeln, welche für den prakt. Arzt so wichtig sind, dass ihr eingehendes Studium unbedingt eine Pflicht ist. Monti giebt, wie wir schon oft hervorgehoben haben, so präcise und klare Darstellungen, dass sie der Praktiker mit hohem Genuss und grossem Nutzen studirt. Auch Heft 26 „*Das Wachsthum des Kindes*“ (Preis: Mk. 1.—) bringt des Interessanten und Wichtigen genug, sodass auch dessen Lectüre warm empfohlen werden kann.

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in **Friedenau-Berlin.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 11.

Preis des Jahrgangs 5 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

August XVI. Jahrgang 1907.

Acne. **Zur internen Therapie der A.** macht Dr. J. Kapp (Berlin) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Er fand bei 33 juvenilen Acnekranken 33mal den Gehalt des Harns an Indoxilschwefelsäure, 31mal an Phenol-Kresol, 30mal an aromatischen Oxydsäuren deutlich vermehrt; es lag also stets *erhöhte Eiweissfäulniss im Darm* vor. Die Phenolmenge war im Durchschnitt um mehr als das Dreifache des Normalen erhöht! Offenbar walteten im Darmcanal dieser Pat. besonders günstige Bedingungen für die Thätigkeitsentfaltung der Fäulnissfermente vor, vielleicht hervorgerufen durch eine gerade in den Pubertätsjahren oft anzutreffende Trägheit der Peristaltik. Bei diesem Parallelgehen von erhöhter Eiweissfäulniss und Acne hielt Autor es für angezeigt, eine *antifermentative und die Darmthätigkeit leicht beschleunigende Medication* einzuleiten. Am besten erwies sich eine Combination von 1 g Sulfur praecipit. mit 0,25 g Menthol, 2—3mal täglich gegeben. Bei allen den 33 Fällen, welche alle möglichen Formen der A. darstellten (A. simplex, pustulosa, indurata) wurde diese Therapie 3—4 Monate lang fortgesetzt, wobei stets wesentliche Besserung, mehrfach glatte Heilung zu Stande kam. Zunächst trat stets breiiger Stuhl ein, die Phenolausscheidung sank bedeutend, und Hand in Hand damit ging stets eine deutliche Besserung, die sich meist zuerst darin documentirte, dass, oft schon in den ersten 3—4 Wochen, eine raschere Abheilung der neu aufschiessenden Knoten bemerkt wurde. Nach weiteren 4—8 Wochen traten aber auch in fast allen Fällen die neuen Knoten viel seltener auf, und blieben schliesslich in 9 Fällen schon nach drei

Monaten ganz weg, so dass hier (es liegen bei einigen Fällen schon 1½ Jahre dazwischen) von völliger Heilung gesprochen werden darf. Die *Localbehandlung* wurde auf ein Minimum beschränkt, indem Autor durch Incisionen, resp. Quecksilbercarbol-Pflastermull für Abfluss des Eiters sorgte und durch Desinficientien, sofort im Anschluss an eine Eröffnung, resp. Ausdrückung eines Knotens angewandt, eine Neuinfection zu verhüten suchte. Als Desinfectionsmittel bewährte sich Formalinseifenspiritus (Chem. Laboratorium Dr. Laboschin, Berlin, wo auch Acne-Dragées von obiger Zusammensetzung hergestellt werden).

(Therap. Monatshefte März 1907.)

— Rille demonstrirt einen 30jährigen Bahnarbeiter mit **Dermatitis papillaris capillitii (Aknekeloid)**. Anfang 1904 bemerkte Pat. im Nacken kleine, Anfangs spärliche, später an Zahl zunehmende Knötchen, welche constant fortbestanden und nach oben und seitlich hin fortschritten, um schliesslich zu einem grösseren wulstförmigen Krankheitsherde zu verschmelzen. Die Behandlung mit Aetzmitteln, Salben und Pflastern hatte keinen Erfolg. Pat. kräftig gebaut, sonst gesund. An der Nackenhaargrenze, nach rechts und links hin sich gleich weit erstreckend, ein 4 cm langer und 1 bis 1,5 cm breiter, von unten her sich allmählich erhebender, nach oben hin steil abfallender, querer, zum grössten Theile narbiger Hautwulst von blassrother Farbe und schwieligderber Consistenz. Allenthalben am Rande desselben hanfkorn- bis fast erbsengrosse Knoten, die theilweise von pinselartig geformten Haarbüscheln durchbohrt werden. Rechterseits befindet sich eine bogenlinig gestaltete Gruppe von sehr derben, mehr dunkelroth gefärbten Knötchen; da und dort einzelne Pusteln. Im Gegensatz zu den meisten anderen Fällen dieser relativ seltenen und ausschliesslich bei Männern vorkommenden Hauterkrankung ist hier die Therapie eine einfache und aussichtsvolle. Durch totale Excision des linearen Krankheitsherdes und darauffolgende Naht dürfte die Heilung zu erzielen sein. In neuerer Zeit ist allerdings, wie auch eine Beobachtung aus der Klinik des Vortragenden lehrt (Riecke), die Prognose dieses hartnäckigen und progressiven Hautleidens durch die Röntgenbehandlung eine etwas bessere geworden; immerhin dürfte sich dieses letztere Verfahren mehr für recente Knocheneruptionen und nicht für das sklerotische Endstadium eignen.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 12. März 1907. — Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 22.)

Anaemie, Chlorose. **Ueber die Bedeutung der Kochsalzwässer für Anaemie und Chlorose** lässt sich Dr. Frhr. v. Sohlern (Kissingen) aus. Nicht die Eisenzufuhr ist bei diesen Affectionen die Hauptsache, sondern die Bekämpfung der diese Leiden bedingenden Ursache. Danach muss auch die Wahl eines Curortes getroffen werden. Für Kissingen passen in erster Linie alle Anaemien mit verminderter HCl-Secretion. Es muss sich dabei gar nicht um ein totales Deficit der Salzsäure handeln, ein Minus der Secretion kann eine verhängnissvolle Rolle für die Entwickelung von Blutgiften spielen, ganz abgesehen von der bei Anacidität und Subacidität meist bestehenden Unterernährung und dem schädigenden Wegfall des HCl-Reizes auf Pancreas- und Gallensecretion im Darm. Eine zweite für Kissingen geeignete Gruppe stellen jene Anaemien, welche bei chronischen Darmerkrankungen mit Stagnationserscheinungen, mit Obstipation einhergehen. Es dürfte ja von Niemandem bestritten werden, dass bei Resorption von giftigen Abbauproducten des Eiweisses bei intensiven Fäulnissprocessen, die ja durch Obstipation noch begünstigt werden, auf die Blutbeschaffenheit schädlich eingewirkt wird. Kissingen bietet aber auch ein sehr dankbares Feld für jene Formen von Anaemien, die nach starken Blutverlusten in Folge von Verwundungen entstehen. Blutarmuth nach Metrorrhagien, Abortus, überstandene Infectionskrankheiten, Tropenanaemien, solche bei Herzerkrankungen, nach Entfernung von Parasiten, alle finden in den kochsalzhaltigen Quellen und Bädern Heilung. Ueberall lässt sich die Wirkung so erklären, dass die secretorische Magenfunction gehoben wird. Auch die Peristaltik wird gehoben, die Diurese angeregt, wodurch Schädlichkeiten eliminirt werden. Auch bei der Chlorose muss vor Allem auf die Verdauung und den Stoffwechsel eingewirkt werden, und so erklären sich auch hier die Erfolge der Kochsalzwässer. (Medicin. Klinik 1907 No. 9.)

— **Ueber die Behandlung der Anaemien mit Bi-Palatinoids** berichtet Dr. N. Goldberg (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien) und rühmt dieselbe sehr, da der therapeutische Erfolg ein besserer und prompterer war, als bei allen anderen Eisenpräparaten. Ueber die Methode selbst sagt er: „Die Resorbirbarkeit der anorganischen Eisenverbindungen durch Bildung von Eisencarbonat in statu nascendi wird mittels der Bi-Palatinoids, die ein anorganisches Eisenpräparat darstellen, in weit höherem Maasse als bis-

her erreicht. Das Präparat, das in England schon längst bekannt ist, verdient einen geachteten Platz auch in unserem Arzneischatze. Die Bi-Palatinoids sind kleine, luftdicht verschlossene, leicht lösliche Kapseln aus Glycerin und Gelatine hergestellt, welche durch eine Scheidewand aus demselben Materiale in zwei Fächer getheilt sind. Die in diesen Fächern enthaltenen Substanzen wirken, wenn die Kapsel im Magen gelöst ist, in statu nascendi chemisch aufeinander. In einem Fache befindet sich Ferrum sulfuricum oxydulatum, im anderen Natrium carbonicum. Nach Lösung der Kapsel im Magen bildet sich das weisse Ferr. carbon. oxydulatum, das zur sofortigen Lösung und Resorption gelangt. Man könnte meinen, dass auch die so beliebten Pil. Blaudii, die ja doch das gleiche Princip, nämlich das Ferr. carbon. oxydulatum enthalten, auch dieselbe Wirkung wie die Bi-Palatinoids aufweisen, allein dem ist nicht so. Durch längeres Liegen, ja selbst durch's Trocknen wird hier das Ferr. carbon. oxydulatum in Ferr. carbon. oxydatum und sogar in Ferr. oxydatum umgewandelt, wodurch die Pillen theilweise oder ganz ihre Wirkung verlieren. Bei den luftdicht verschlossenen Bi-Palatinoids ist die Bildung und secundär der therapeutische Effect des Ferr. carbon. oxydulatum ausser Zweifel. Hier kommt es, was hervorzuheben ist, auf die Frische des Präparates gar nicht an. Zu Versuchszwecken wurden uns dreierlei Präparate zur Verfügung gestellt:

1. Bi-Palatinoids cum Ferro carbonico minores; enthaltend:

Ferr. sulfur. oxydulat. 0,06
Natr. carbon. 0,05,
entsprechend Pil. Blaudii von 0,26.

2. Bi-Palatinoids cum Ferro carbonico majores; enthaltend:

Ferr. sulfur. oxydulat. 0,12
Natr. carbon. 0,1,
entsprechend Pil. Blaudii von 0,52.

3. Bi-Palatinoids cum Ferro carbon. et Natr. arsenicoso; enthaltend:

Ferr. sulfur. oxydulat. 0,06
Natr. carbon. 0,05
Natr. arsenicos. 0,002.

Wir pflegten die Bi-Palatinoids individuell verschieden, 3—4, selbst 5 Stück, dreimal täglich nach der Mahlzeit zu verabreichen." (Wiener med. Wochenschrift 1907 No. 25.)

— **Zum Kapitel der Ernährung blutarmer Personen** äussert sich Dr. H. Schmidt (Berlin), indem er die Erfolge mittheilt, die er mit *Eisentropon* in der Praxis erzielt hat. Ein concentrirtes und dabei eisenhaltiges Nährmittel ist natürlich für Blutarme besonders geeignet. „Nach meinen Erfahrungen mit Eisentropon stellt dasselbe in glücklichster Weise die praktische Lösung der Frage dar, wie man dem Organismus eines Bleichsüchtigen in kurzer Zeit ohne Verdauungsstörungen (überhaupt ohne Störungen im Wohlbefinden) die erforderliche Menge Eisen einverleibt.“ Zu diesem Schlusse gelangt Autor und führt einige eclatante Beispiele, die den Effect der Eisentropontherapie kennzeichnen, an. (Aerztl. Rundschau 1907 No. 2.)

— Mit **Vanadium-Sanguinal** (Krewel) hat Dr. A. v. Kirchbauer (Nürnberg) drei Fälle von Blutarmuth mit völlig darniederliegendem Appetit behandelt und erzielte damit in verhältnissmässig kurzer Zeit recht befriedigende Resultate. (Medicin. Klinik 1907 No. 25.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection.

Ueber den Gebrauch des Tetrachlormethans als Lösungsmittel in der Medicin berichtet Dr. Wederhake (Düsseldorf). Aether, Benzin und ähnliche Stoffe haben neben anderen nicht angenehmen Eigenschaften auch die der Feuergefährlichkeit, und mancher Unglücksfall ist schon vorgekommen, auch bei operativen Eingriffen (z. B. Reinigung der Haut mit einem dieser Stoffe und dann Anwendung des Pacquelin). Nun hat sich als vollwerthiger Ersatz Tetrachlorkohlenstoff (Tetrachlormethan) erwiesen, eine angenehm riechende, ziemlich flüchtige Flüssigkeit, die vortrefflich Brom, Jod, Oele, Paraffine, Harze etc. löst und absolut nicht feuergefährlich ist. In die Haut dringt sie sehr tief, daher hat sie Autor als Concipiens für ein starkes Desinficiens (Jod oder Brom) zur Händedesinfection verwendet

Rp. Jod. pur. 1,0
Paraffin. solid. (43%) 0,5
Tetrachlormethan 100,0.

Mit dieser Lösung wäscht man mit Bürste oder rauhem Tupfer gründlich seine Hände fünf Minuten lang, womit die Desinfection beendet ist; Wasser und Seife sind nicht erforderlich. Für jede Desinfection der Hände sind etwa 500 g erforderlich, die nach dem Gebrauch durch Kochen sterilisirt und von Neuem benützt werden können. Nach

der Operation befreit man die Hände durch einen mit Tetrachlormethan getränkten Tupfer. Die Resultate dieser Desinfectionsmethode übertreffen diejenigen, die man z. B. mit der Fürbringer'schen Methode erzielt. Die gleiche Desinfectionsmethode dient auch zur Vorbereitung der Haut des Kranken für die Operation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 15.)

— Mit **Jodofan** hat Dr. Piorkowski (Berlin) Versuche angestellt. Diese ergaben, dass das Präparat antibakterielle Eigenschaften besitzt und rasch desodorirend wirkt. Jodofan, ein röthlich-gelbes, geruchloses Pulver von der Formel — $C_6H_3J(OH_2).HCOH$ ist bereits mehrfach als Jodoformersatzmittel empfohlen worden; seine Wirkung besteht in der Abspaltung von Jodformol beim Zusammenkommen mit Wundsecreten. (Berliner klin. Wochenschrift 1907 Nr. 20.)

— **Experimentelle Beiträge zur Frage der Desinfection von Ess- und Trinkgeschirr unter besonderer Berücksichtigung der von tuberculösen Lungenkranken ausgehenden Infectionsgefahr** liefert E. Huhs. Die Zinken einer soeben von einem Phthisiker benutzten Gabel wurden mit einem sterilen Tupfer abgerieben und dieser intraperitoneal auf ein Meerschweinchen verimpft. Dieses zeigte bei der Section nach 11 Wochen allgemeine Tuberculose. Derselbe Effect zeigte sich nach subcutaner Verimpfung eines Tupfers, mit dem die Kaffeetasse des Pat. abgerieben worden war. Das Ess- und Trinkgeschirr kann somit als Uebertragungsmittel der Tuberculose angesehen werden und es muss demnach im gegebenen Falle einwandfrei desinficirt werden. Die von Jakob und Pannwitz empfohlene Spülung mit 2%iger 50^0 heisser Sodalösung zeigte sich selbst nach einer Einwirkungsdauer von 10 Minuten gegen Tuberkelbacillen wirkungslos, auch die 4%ige Sodalösung. Eine keimtödtende oder keimbeseitigende Wirkung kommt ihr nicht zu. Dagegen hat das kochende Wasser eine eminent keimtödtende Wirkung, und zwar schon nach einer Minute. Die Ess- und Trinkgeräthe müssen jedoch so beschaffen sein, dass sie das Auskochen vertragen. In der Eisenbahnheilstätte Stadtwald in Welsungen hat sich die Geschirrspülmaschine der Firma Steinmetz, jetzt Ados in Aachen, gut bewährt. Sie schützt jedoch die Gläser nicht vor dem Springen. Dieser Uebelstand lässt sich beseitigen durch Spülen der Gläser im Vorspülraum

mit 60° heisser Schmierseifenlösung während einer Minute und ebenso langes Nachspülen im Nachspülraum mit 60° heissem, klarem Wasser. (Zeitschrit f. Hygiene u. Infect. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1907 No. 11.)

— **Erfahrungen über Xeranatbolusgaze,*)** einen billigen, für den prakt. Arzt sehr geeigneten, recht wirksamen Verbandstoff, veröffentlicht Dr. M. Cohn (Berlin). Seit mehr als einem Jahre hat er in seiner Praxis ausschliesslich die Xeranatbolusgaze verwendet und über sie Erfahrungen an mehr als hundert Fällen sammeln können. Er hat die Gaze stets da gebraucht, wo er vordem Jodoformverbände oder feuchte hydrophile Verbände oder andere Mittel als indicirt erachtet hatte. Seine Beobachtungen beziehen sich hauptsächlich auf das Gebiet der kleinen Chirurgie, wie sie der praktische Arzt eben übt. In keinem Falle hat Autor die Xeranatgaze ihren Effekt versagen oder sich veranlasst gesehen, etwa noch einen anderen Verbandstoff zur Aushülfe heranzuziehen. Unter jenen Fällen befinden sich zahlreiche Panaritien, Phlegmonen, Furunkel, Karbunkel, Abscesse, Lymphdrüsenabscesse am Halse und den Leistengegenden, ein Abscess tuberculöser Natur am Fusse (Talus), Atherome, Brandwunden zweiten und dritten Grades, eine Verätzung mit Lauge, complicirte Fingerbrüche, frische und tiefe Schnittwunden, Riss- und Quetschwunden an Kopf, Stirn und Extremitäten.

(Medicin. Klinik 1907 Nr. 24.)

— **Ueber ein neues Desinfectionsmittel** berichtet Dr. Aufrecht (Berlin). *Lysan* (hergestellt in der Victoria-Apotheke von Dr. Laboschin, Berlin) entsteht durch Einwirkung von Formaldehyd auf gewisse Terpene, resp. diesem nahestehende Körper (wie Eucalyptol, Menthol etc.) und Lösen des Reactionsproductes in concentr. wässerig-alkoholischer Lösung. Es ist in jedem Verhältnisse in Wasser, Glycerin, Alkohol klar mischbar, riecht angenehm, hält sich monatelang unverändert, greift Instrumente nicht an und ist relativ ungiftig. Wie die Versuche zeigten, greift es die Hände nicht an; letztere bleiben weich und glatt. Die bactericiden Eigenschaften sind kräftige; Streptokokken wurden in 3%iger Lösung bereits nach 2 Minuten vernichtet, erheblich kleinere Mengen des Mittels reichten hin,

*) Wiskemann & Co. in Cassel.

um die übrigen Bacterienarten abzutödten. So haben wir also hier ein einwandfreies Antisepticum, das in die Praxis eingeführt zu werden verdient.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1907 No. 25.)

Appendicitis. Ueber **A. und Gravidität** lässt sich Prof. Dr. v. Rosthorn (Frauenklinik Heidelberg) aus, indem er 2 eigene Beobachtungen schildert und dann folgende Fragen zu beantworten sucht:

1. Prädisponirt der schwangere Zustand besonders zu dem Auftreten einer A., resp. zum Recidiviren eines bereits vor demselben vorhanden gewesenen, appendicitischen Processes?
2. Nimmt der schwangere Zustand an sich einen nachtheiligen Einfluss auf eine bestehende Appendicitis?
3. Kann der Geburtsact den Verlauf einer bestehenden A. ungünstig beeinflussen?
4. Führt die A. leicht zu Fehl- oder Frühgeburt?
5. Wird die Stellung der Diagnose in diesem Zustande während der Geburt oder des Wochenbettes wesentlich erschwert?
6. Aendert sich die Prognose für die A. durch eine gleichzeitig bestehende Schwangerschaft?
7. Leidet das Kind durch diese Complication eine Schädigung?
8. Soll man auch bei der schwangeren Frau in therapeutischer Hinsicht die heute gangbaren Regeln der Chirurgie einhalten oder wird die Indicationsstellung für das operative Eingreifen durch den schwangeren Zustand eine geänderte? Insbesondere, wie soll man sich während der im Gange befindlichen Geburt bei dieser Complication verhalten?

Ad. 1. Bei der grossen Häufigkeit der A. im Allgemeinen muss die Seltenheit schwerer Formen im schwangeren Zustande auffallen. Wenn auch des öfteren leichtere Processe der Beobachtung entgehen dürften, so kann jene Seltenheit allein schon zu einer Beantwortung im negativen Sinne verwerthet werden. Bezüglich der Disposition zu Recidiven aber sprechen sich viele Autoren im bejahenden Sinne aus.

Ad. 2. Diesbezüglich gehen die Meinungen auseinander. Von der einen Seite wird ein nachtheiliger Einfluss gänzlich abgelehnt oder nur dann angenommen, wenn vorher Verwachsungen zwischen Appendix und gravidem Uterus bestanden haben. Die Mehrzahl spricht sich im

gegentheiligen Sinne aus. Zweifellos wird der Wurmfortsatz aus seiner versteckten Lage nach oben und vorn, also mehr in die freie Bauchhöhle hinaus verschoben und damit kommt ein um denselben sich bildender Abscess höher und freier zu liegen. Die schwangere Gebärmutter bildet meist einen Theil der Begrenzung desselben. Bei Berücksichtigung dieser exponirten Lage ergiebt sich die grosse Gefahr, indem speciell während der Wehenthätigkeit und vielleicht noch mehr durch die plötzliche Verkleinerung der Gebärmutter im Anschlusse an die Geburt die schützenden Adhäsionen zur Zerreissung gelangen. Auch mag diese Veränderung einen bereits schwer destruirten Wurmfortsatz vielleicht direct zur Perforation bringen.

Ad. 3. Wenn auch vielfach Fälle von A. simplex bekannt geworden sind, bei welchen ein vollkommen ungestörter Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beobachtet werden konnte, so geht die allgemeine Ansicht doch dahin, dass die gleichzeitig stattfindende Geburt im höchsten Grade verhängnissvoll zu werden vermag.

Ad. 4. Die Häufigkeit der durch diese Complication herbeigeführten Fehl- und Frühgeburten wird auf 40 bis 50% berechnet.

Ad. 5. Fehldiagnosen gehören nicht zu den Seltenheiten. So werden Verwechslungen besonders mit rechtsseitigen Adnexaffectionen, stielgedrehten Ovariencysten, Extrauteringravidität, Darmstenosen, Cholecystitis, Pyelonephritis berichtet. Die Diagnose ist zweifellos durch den schwangeren Zustand erschwert, noch mehr während der Geburt und im Wochenbett. Der appendicitische Anfall kann gedeckt werden durch das gleichzeitige Einsetzen schmerzhafter Wehen, das Erbrechen kann für ein solches, wie es während der Geburt auftritt, gehalten werden, die Austastung des Beckens ist unmöglich, die Palpations- und Percussionsverhältnisse des Abdomens sind durch die schwangere Gebärmutter gestört. Als die noch am sichersten verwerthbaren Momente für die Stellung der Diagnose wird, abgesehen von den Ergebnissen der Anamnese, der genau subjectiv und objectiv localisirte Schmerz allgemein bezeichnet. Doch auch diese beiden können uns vollkommen im Stich lassen.

Ad. 6. Die Prognose ändert sich in ungünstigem Sinne. Die Sterblichkeit normirt sich auf 40—50%.

Ad. 7. Die intrauterine Infection der Frucht bei dieser Complication ist wiederholt nachgewiesen worden. Die Mortalität der Kinder ist eine sehr hohe.

Ad. 8. Das therapeutische Handeln wird für jeden einzelnen Fall durch den Grad der Erkrankung bestimmt. Die Erfahrungen auf geburtshilflichem Wege jedoch drängen dazu, bei der Combination mit Schwangerschaft auch in leichteren Fällen einer activeren Therapie zu huldigen. Die günstigsten Resultate sind unzweifelhaft bei Ausführung der Operation in anfallsfreien Intervallen innerhalb der ersten fünf Schwangerschaftsmonate zu gewärtigen. Die Prognose ist um so besser, je früher operirt wird. Die Operation darf ungescheut vorgenommen werden, nachdem die Erfahrung gelehrt hat, dass in der Mehrzahl der Fälle nach ausgeführter Appendectomie einen ungestörten Verlauf zu nehmen pflegt. Da man besonders bei etwas vorgeschrittener Schwangerschaft nicht weiss, ob sich nicht die Geburt dem Eingriffe anschliessen könne, darf man sich nicht mit Incision und Drainage begnügen, sondern muss immer radical operiren. Die Prognose wird ungünstiger, wenn die Geburt der Operation sofort folgt. Man gebe daher während oder nach der Operation sofort Opium, um die Auslösung von Wehen zu vermeiden. Wo schon diffuse Peritonitis vorhanden, sind die Chancen natürlich ungünstig. Doch empfiehlt Pinard, auch hier zu operiren, da durch den Eingriff immerhin die Prognose sich etwas bessert. (Medicin. Klinik 1907 No. 13.)

— Klemm: **Ueber die chronische, anfallsfreie Appendicitis.** Auf Grund von 13 eigenen operirten Fällen entwirft K. das Bild der chronischen, anfallsfreien Appendicitis, welches sich im Ganzen mit der von Ewald beschriebenen Appendicitis larvata deckt. Die Kranken leiden lange, ohne dass es zu Anfällen kommt, an Verdauungsbeschwerden, Magenstörungen, Obstipation oder schleimigem Dickdarmkatarrh, Sensationen in der Ileocoecalgegend. Local findet sich in der Regel Druckschmerz am Mc. Burney'schen Punkt und umschriebene Blähung des Coecums, welche als „Luftkissensymptom" bezeichnet wird. Bei der Operation finden sich selten schwere Veränderungen in der Ileocoecalgegend, auch selten Verwachsungen, dagegen war oft das Coecum von vascularisirten Membranen bedeckt. Die Appendix selbst meist dickwandig, mit engem Lumen, atrophischer Schleimhaut, bisweilen einen Kotstein enthaltend, aber ohne Ulcerationen und Stricturen. Dass in der Tat das Krankheitsbild auf eine Appendicitis zurückzuführen ist, beweist der Erfolg der Operation; nach

Entfernung der Appendix wurden 9 von den 13 Fällen völlig geheilt. Die Beobachtungszeit nach der Operation betrug 10 Monate bis 3½ Jahre.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten, Bd. 16, Heft 4/5. — Centralbl. f. Chirurgie 1907 No. 23.)

— Roemer: **Die Bedeutung des kranken Appendix für die Frauen.** Zur Illustrirung des Einflusses einer Appendicitis auf die Schwangerschaft führt R. zunächst vier Beobachtungen an: 1. Normale Geburt, trotzdem vor Beginn der Gravidität mehrere Attacken von Appendicitis stattgefunden hatten. 2. Unter Einfluss einer Appendicitis Abort im 2. Monate. 7 Wochen darnach Exstirpation des Appendix, die in einem Abscess liegt. 3. Geburt einer todtfaulen Frucht bei einer Frau, welche vor dieser Gravidität mehrere Attacken von Appendicitis gehabt. 1 Jahr später Exstirpation des Appendix, die mit der Hinterfläche des Uterus verwachsen war. 4. Schwere Appendicitis am Ende der Gravidität; Cervix undurchgängig durch Aetzungsnarben. Porro'sche Operation; Tod. Der Uterusinhalt war inficirt worden durch einen hinter dem Uterus gelegenen appendicitischen Abscess, die Uterusmusculatur durchsetzt von Eiterherden. Autor erörtert sodann die Beziehungen der Appendicitis zu den weiblichen Genitalorganen, die Entstehung von Sterilität, Extra-uterin-Schwangerschaft. Endometritiden, Parametritis u. a. durch Appendicitis.

(Ibidem.)

— Grasset: **Appendicitis und Hysterie.** Verf. unterscheidet drei Möglichkeiten:

1. Fälle, bei welchen die Hysterie das Bild einer bestehenden Appendicitis verstärkt.

2. Fälle, bei welchen Hysterie eine Appendicitis vortäuscht, wenn das Individuum schon früher einen Anfall gehabt hat.

3. Fälle, bei denen dies geschieht, ohne dass jemals ein Anfall von Appendicitis vorhanden gewesen ist.

Die Differentialdiagnose kann natürlich erhebliche Schwierigkeiten bereiten. (Ibidem.)

Arteriosklerose. **Ueber die A. und ihre Behandlung** lässt sich Prof. H. Senator (Berlin) aus. Sehr grosses Gewicht legt er auf die Diaet, und zwar auf lacto-vegetarische Diaet, bei welcher Kohlehydrate und Fette den Hauptbestandtheil bilden, Eiweiss nur in der unbedingt

zur Erhaltung nothwendigen Menge und die sogenannten Extractivstoffe und Räucherungsproducte gar nicht oder in verschwindend kleinen Spuren vorhanden sind. Neben der Milch kommen alle Arten Kohlehydrate (Brod, Mehlspeisen, Schleimsuppe) und Fette, Obst, grüne Gemüse, auch Eier in kleinen Mengen zur Anwendung, Fleisch gar nicht oder nur in kleinen Mengen, namentlich von den eiweissarmen, sehr wasserhaltigen Sorten (sogen. weisses Fleisch), ebenso frische Fische. Bei fettreichen Pat. müssen freilich die Kohlehydrate vermieden werden, dafür sind besonders grüne Gemüse und Obst heranzuziehen, und bei Diabetikern mit A. wird man die Kohlehydrate noch mehr beschränken und dafür der Eiweissnahrung einen etwas grösseren Raum gewähren müssen. Medicamentös sind Jodpräparate oft von Nutzen (Jodipin, Sajodin), ebenso Amylnitrit und andere Nitrite. Autor ordinirt seit langem:

Rp. Kal. jodat. (oder Natr. jodat.) 6,0—8,0
Natr. nitros. 1,0—2,0
Aq. dest. ad 200,0
S. 3 Mal täglich 1 Esslöffel in Milch.

Zweckmässige Ordinationen sind auch:

Rp. Tinct. Jodi 1,0
Spir. aeth. nitr. 30,0
S. 3—4 Mal tägl. 20—30 Tropfen.

Rp. Nitroglycerin 0,1
Spir. aeth. nitr. 30,0
S. 3—4 Mal tägl. 15—20 Tropfen.

Neuerdings sucht man, davon ausgehend, dass bei der A. abnorm wenig Salze im Blute vorhanden sind, diese zuzuführen in Form des Sal physiologicum (v. Poehl), des Trunecek'schen Serums, der Antisklerosintabletten. Am bequemsten zur Anwendung sind letztere, die hauptsächlich Chlornatrium, daneben Natr. sulfuric., Natr. phosphor., Natr. carbon., Magnes. phosphor. und Calc. glycerophosphat. enthalten; man fängt mit 2 Tabletten pro die an und steigt allmählich auf 6. Wenn man sie vorsichtig giebt, werden sie lange Zeit vertragen; ob sie wirken, kann Autor nicht sagen, da er stets daneben obige Therapie angewandt hat. Mit Massage und Gymnastik muss man recht vorsichtig sein, ebenso mit hydriatrischen Proceduren, mit denen man bei strenger Individualisirung und sorgfältiger Controlle der Herzaction

allerdings nicht selten günstige Erfolge erzielt; speciell die Kohlensäure- oder Sauerstoff- (Ozet-)Bäder sind ganz empfehlenswerth. (Die Therapie der Gegenwart, März 1907.)

— **Ueber abdominale A. (Angina abdominis) und verwandte Zustände** lässt sich Dr. Perutz (München) aus und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Arteriosklerose kann zu heftigen anfallsweisen Schmerzen im Leib führen, die einen kolikartigen Charakter, manchmal auch angina-pectorisartige Züge tragen oder direkt in Anfälle von Angina pectoris übergehen.

2. Die Anfälle werden meist ausgelöst durch einen Krampf der kleinen Darmgefässe und ein damit verbundenes Ansteigen des Blutdruckes (Gefässkrise). Der Sitz der Schmerzen ist wahrscheinlich der Sympathicus, dessen Grenzstränge in den meisten Fällen eine excessive Schmerzhaftigkeit besitzen, und die mesenterialen Nervengeflechte.

3. Ausser anatomischen Veränderungen am Gefässapparat können auch funktionelle Störungen (Nikotin und andere Gifte) solche Krampfzustände hervorrufen.

4. Die Erkennung ist oft schwierig und kann erst auf Grund längerer Beobachtung gestellt werden. Ein wesentliches Hülfsmittel bildet dabei die Beeinflussung dieser Zustände durch Diuretin und andere Gefässmittel.

Speciell über die *Behandlung* dieser Zustände äussert sich Autor noch folgendermaassen:

„Bei der Behandlung ist an erster Stelle das Diuretin oder das etwas wohlfeilere Theobromin. natro-salicyl. zu erwähnen. Von Askanazy in die Therapie des stenocardischen Anfalls eingeführt, wurde es von Breuer neuerdings aufs Wärmste empfohlen. In gleicher Weise rühmen Kaufmann und Pauli, Buch, Pal auch bei den Zuständen von Angina abdominis und arteriosklerotischem Leibweh seine prompte Wirkung und kann ich mich nur zustimmend anschliessen. Es ist beinahe als Specificum zu bezeichnen und der prompte Effect nach seiner Darreichung gestattet, wie wir gesehen haben, bei unklaren Schmerzattacken im Bauch die Diagnose zu stellen. Es muss in Dosen von 2—3 g täglich längere Zeit gegeben werden. Aehnlich soll die Wirkung der ihm verwandten Präparate Agurin und Theocin sein. Breuer glaubt, dass das Theobromin ein Gefässmittel ist und ihre pathologisch gesteigerte Reflexerregbarkeit herabzusetzen vermag. Pal meint, dass vielleicht der Sympathicus den Angriffspunkt seiner Wirkung bilde, möglicherweise spielt auch eine bessere Durchblutung der Organe

eine Rolle, wie sie nach Versuchen von Grünwald aus der Neusserschen Klinik nach Diuretindarreichung für die Niere wahrscheinlich geworden ist. Die gleiche auffallende Wirkung hat Buch von Strophanthustinctur gesehen, die auch den Vorzug hat billiger zu sein. Er lässt davon 2—3 mal täglich 5—8 Tropfen nehmen. Ich habe das Mittel vielfach angewendet und kann seiner Empfehlung beipflichten. In Fällen, wo Diuretin versagte, hat Pal noch von Rhodannatrium in Tagesmengen von 1—3 g Wirkung gesehen, nicht selten traten aber als unerwünschte Nebenerscheinungen Erregungszustände ein. Das bei der Arteriosklerose auch sonst geschätzte Jod habe ich, der Gepflogenheit meines Lehrers A. Fränkel folgend, bei diesen Zuständen in kleinen Dosen von 2 × 0,25—0,3 g täglich über längere Zeit gegeben und war mit seiner Wirkung auf die Schmerzen zufrieden. Seit wir durch Romberg und seine Schüler wissen, dass es die Viscosität des Blutes herabsetzt, besitzen wir die theoretische Unterlage für seine empirisch schon längst bekannte günstige Wirkung. Wegen ihrer gefässerweiternden Eigenschaften finden auch die Nitrate Anwendung. Pal giebt von einer Mischung Kal. nitr. 5,0, Natr. nitros. 1,0 auf 150 g Wasser 3—4 Esslöffel den Tag. Jacquet empfiehlt folgendes Rezept von Lauder-Brunton: Kal. nitr. 48,0, Natr. nitros. 2,0 davon 1 Messerspitze in 1 Glas Wasser zu nehmen. Etwas rascher soll das Mercksche Erythrotetranitrat wirken. Ueber diese sämmtlichen Mittel besitze ich keine eigene Erfahrung. Dagegen habe ich das Nitroglycerin theils in Pastillenform oder nach Angaben von Bring und Noorden in 1 %iger alkoholischer Lösung 2 × 1 — 2 × 4 Tropfen ansteigend angewandt. Die Behandlung des Anfalls selbst deckt sich mit den bei der Angina pectoris vorzunehmenden Maassnahmen. Neben Hautreizen (Sinapismen) und ableitenden Proceduren (heisse Handbäder) finden auch Blutentziehungen (Aderlässe, Schröpfköpfe) Verwendung und können für einige Zeit Erleichterung schaffen. Die Morphiuminjection wirkt da, wo der Zustand unerträglich ist, für kurze Zeit schmerzstillend, setzt aber, wie Pal nachweist, nicht den hohen Druck herab, der als anfallauslösendes Moment in Frage kommt, zweckmässiger erscheint eine Mischung von Morphium mit Atropin oder Atropin resp. Eumydrin allein. Von grosser Bedeutung ist insbesondere bei den leichteren Fällen die physikalisch-diätetische Behandlung. Halbbäder, Bürstenbäder, kohlensaure Bäder wirken auf Blutdruck, Herzarbeit und Blutverteilung. Die Diät sei leicht ver-

daulich, die Quantität der Nahrung ist, um eine Ueberlastung der Gefässe zu vermeiden, zu verringern, der Fleischgenuss ist wegen seiner erregenden Wirkungen einzuschränken event. für einige Zeit ganz zu verbieten. Nach den Untersuchungen von Determann und Staehelin scheint bei vegetarischer Kost der Reibungskoëfficient des Blutes zu sinken und dadurch die Haemodynamik sich günstiger zu gestalten. Aus den gleichen Gründen werden wir Alkohol und Tabak verbieten resp. möglichst beschränken. Sehr viel lässt sich durch Massage und elektrische Behandlung erreichen, besonders bei gleichzeitigen Auftreibungen und Gasverhaltungen. Ihre Wirkung ist vielleicht nicht so sehr in der direkten Beeinflussung der Darmmuskulatur zu suchen als vielmehr auf dem Umweg der Blutvertheilung und durch Anregung der Circulation. Pal sah unter der Einwirkung des faradischen Stroms bei angina-abdominis-artigen Zuständen einen Nachlass der Schmerzen unter gleichzeitigem Sinken des Blutdruckes eintreten. Buch betrachtet die Bauchmassage als einen sehr wesentlichen Factor der Behandlung dieser Störungen und Huchard äussert sich folgendermaassen: „Die abdominale Massage hat den allergünstigsten Einfluss auf das, was ich das abdominale Herz nennen möchte. Ich meine damit das Pfortadersystem und die Vena cava inf., in welchen sich eine beträchtliche venöse Stase ausbilden kann mit schweren Plethorasymptomen, gegen die Digitalis unwirksam ist.“ Auch der Einläufe wäre noch zu gedenken. Sie setzen durch Beseitigung der Stauungen im Darm, wie Crämer an Serienuntersuchungen nachweisen konnte, gleichzeitig den Blutdruck herab und schaffen somit für die Arbeit des Herzens und der Gefässe günstigere Bedingungen.“

(**Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 23.**)

Blutungen. Hellmann spricht über **Behandlung des habituellen Nasenblutens.** Statt des üblichen Aetzens und Brennens wird die Behandlung habituell blutender Phlebektasien und Varizen des Septums und des Nasenbodens mit scharf schneidenden Instrumenten empfohlen. Durch einen für $^1/_4$ Stunde aufgelegten Tampon mit 10 %igem Cocain und 1—2 Tropfen $^1/_{1000}$ Nebennierenpräparat wird die blutende Stelle anaesthetisch und hellgrau anaemisch, so dass die Gefässe als braunrothe Punkte und Streifen abstechen. Manche, namentlich die blutenden Varizen und Venenstämmchen treten so aus der Schleimhaut hervor, dass man sie mit aufgebogener Iridektomiescheere wohl direct

abpräpariren könnte. Bis jetzt geschah das nur bei einem stecknadelkopfgrossen Varix, der aus einer Septumerosion hervorragte. Die Gefässe werden der Länge nach mit spitzem, sichelartigem Messerchen geschlitzt, an ihr peripheres und centrales Ende wird ein kleiner entspannender Querschnitt gelegt. Coulissenartig vom Septum zum Nasenboden ziehende Schleimhautfalten werden nach Längsschlitzung der Gefässe mehrfach eingekerbt. Bei dichter, netzartiger Anordnung der Venen empfiehlt sich multiple Scarifikation kreuz und quer, wie bei Acne rosacea. Die Blutung ist nicht stärker als bei den anderen Behandlungsmethoden. Um durch sie möglichst wenig gestört zu werden, lässt man den Patienten den Kopf rückwärts beugen und beginnt am hintersten, untersten Gefäss. Durch Aufschnüffeln seitens des Patienten, ev. durch kurze Tamponade kann das Weiterarbeiten ermöglicht werden. Nachblutung kam in den bis jetzt behandelten 10 Fällen nicht vor, liess sich durch Andrücken des Nasenflügels resp. Tamponade leicht stillen. Die Bildung neuer Phlebektasien wird durch die Methode ebensowenig verhütet, wie durch die anderen. Das Verfahren hat den Vorzug, Epithel, Drüsen und Bindegewebe weit weniger zu schädigen als Aetzung und Caustik. Schnittwunden heilen primär, während Aetz- und Brandschorfe die prima reunio verhindern und ev. durch Entzündung der Umgebung neue Blutungen verursachen. Die Infectionsgefahr ist bei aseptischem Vorgehen ebenso gering wie bei anderen blutigen Nasenoperationen. Der Eingriff lässt sich im Gegensatz zur Caustik ohne grösseren Apparat durchführen.

(**Würzburger Aerzteabend, 30. Jan. 1907. — Münchener med. Wochenschr. 1907 No. 22.**)

— **Eine besondere Form klimacterischer B.** beschreibt Dr. H. Meyer-Ruegg (Zürich), schildert 4 derartige Fälle und fügt folgende epikritischen Bemerkungen hinzu: „Wochenlang andauernder, blutig gefärbter Ausfluss führte die jenseits des durchschnittlichen klimacterischen Alters stehenden Frauen zum Arzt. Ihre Menstruation war in den vorausgegangenen Jahren profus und langedauernd gewesen; dies und der schleimige Ausfluss, der bestanden hatte, lässt auf Endometritis schliessen. Die Untersuchung bestätigt zunächst das Bestehen eines blutig gefärbten, serösen Ausflusses. Die Scheide zeigt Altersveränderungen: sie ist kurz, ihre Schleimhaut glatt, atrophisch. Die Portio vag. ist klein oder fehlt ganz; das Corpus uteri erscheint ver-

kümmert, hart, bereits involvirt. Der supravaginale Theil der Cervix dagegen ist verhältnismässig gross. Der Muttermund ist sehr klein, kaum oder gar nicht zu tasten; im Speculum stellt er eine winzige Oeffnung dar, die nur an einem dünnen heraushängenden Schleimfaden zu erkennen ist. Mit einiger Mühe und mit Ueberwindung eines Widerstandes gelangt die Sonde in den Cervicalcanal hinein; er ist ampullenartig erweitert; beim Zurückziehen der Sonde quillt vermehrter blutiger Schleim und schwarzes geronnenes Blut heraus. Wird der äussere Muttermund ausgiebig erweitert, so ergiebt sich, dass er mit lose haftender, schwarzer, ausgetrockneter Cruormasse angefüllt ist. Man möchte den Befund als cervicale Haematometra bezeichnen. Jedenfalls ist das Blut schon längere Zeit hinter dem verengten äusseren Muttermunde verhalten worden. Ebenso sicher war die Retention Ursache des blutig-serösen Ausflusses; denn die Beseitigung der Stenose durch stumpfe Erweiterung oder Discision und die Entleerung des verhaltenen Blutes hatte eine definitive Heilung dieses Symptomes, welches einzig und allein die Pat. zum Arzte führte, zur Folge. Ob das Blut am Ort ergossen wurde oder aus der Corpusschleimhaut stammte und gleichsam die letzte Menstruation vor der definitiven Menopause darstellte; ob der blutige Abgang auch spontan bald aufgehört hätte, oder ob die Erweiterung des Muttermundes eine bedeutende Abkürzung gebracht hat; ob bei regelmässiger Untersuchung wegen klimacterischer, länger dauernder Blutungen häufiger derartiger Befunde, wie ich sie beschrieben habe, erhoben würden, sind Fragen, deren Beantwortung ich dahingestellt lassen muss.“ (Centralbl. f. Gynaekologie 1907 No. 22).

— **Thyreoidinpastillen zur Behandlung abnormer menstrueller B., besonders im Klimacterium** empfiehlt Dr. M. Perlsee (Leitmeritz). Er gab 3 mal täglich 1 Stück, steigend bis 3 mal täglich je 2 Pastillen und sah davon recht zufriedenstellende Resultate. (Prager med. Wochenschrift 1907 No. 24.)

Erysipel. **Ein mit Phenol-Kampfer behandelter Erysipelfall** wird von Dr. E. Klubal (Deutsch-Liebau) geschildert, welcher selbst der Pat. war. „Nachdem ich mich am 6. März d. J. bei bestem Wohlsein gegen 11 Uhr Abends zu Bette gelegt, spürte ich, als ich am anderen Tage gegen 6 Uhr früh erwachte, ein unangenehmes Spannungsgefühl an der ganzen Nase, insbesondere in der rechten Hälfte. Beim Zugreifen erwiesen sich die Hautparthien sowie der

angrenzende Theil der rechten Wange hart infiltrirt, beiderseits am foramen infraorbitale und submaxillare schmerzhafte Drüsenschwellungen. Bei der Inspection im Spiegel zeigten sich die betreffenden Hautparthien geröthet und glänzend. Vorläufig noch subjectives Wohlbefinden, insbesondere kein Fieber, nur beim Bücken prickelnder und stechender Schmerz in den erkrankten Theilen. An der Diagnose Erysipel konnte kein Zweifel sein, zumal auch die Aetiologie — eine kleine Rhagade am Naseneingang — nicht dunkel war. Ich unternahm therapeutisch zunächst Folgendes: Angeregt durch die eingangs erwähnte Publication überstrich ich die ganze Nase und den grössten Theil beider Wangen — also die kranken Parthien bis ins Gesunde hinein — aus kosmetischen Gründen sowie wegen der beiderseitigen Drüsenschwellung symmetrisch! — einmal mit einem frisch bereiteten Gemisch aus Acidum carbolicum liquefactum und Camphora āā mit Zusatz einiger Tropfen spiritus vini dilutus. In die Nasenlöcher steckte ich einige Male kleine mit spiritus vini dilutus befeuchtete Wattetampons. Die Procedur war durchaus nicht unangenehm. Ein leichtes Brennen, vielleicht durch den Zusatz von spiritus vini hervorgerufen, verschwand nach wenigen Minuten. Der weitere klinische Verlauf war folgender: Im Verlaufe des Vormittags, den ich zu einigen dringenden Krankenbesuchen benützte, stellte sich mässiges Fieber (um 38° herum) mit seinen subjectiven Beschwerden ein. Gegen Mittag musste ich das Bett aufsuchen, das ich — kurze Unterbrechungen abgerechnet — erst am folgenden Tage verliess. Das Fieber stieg im Laufe des Abends bis auf 39,5°, der Process blieb aber vollkommen auf das Gebiet wie bei Vornahme der Carbolbehandlung beschränkt. Gegen Abend rieb ich mir noch das ganze Gesicht mit circa 15 Gramm Credé'scher Silbersalbe ein, wobei jedoch an den erkrankten Parthien sich energisches Einreiben wegen der Schmerzhaftigkeit von selbst verbot. Gegen 4 Uhr früh trat unter ziemlich starkem Schweissausbruch definitive Entfieberung ein (Temperatur unter 37°). Am selben Tage (dem 7.) höchste Abendtemperatur genau 37°. Auch subjectives Wohlbefinden, etwas Mattigkeit abgerechnet. Am nächsten Tage (8.) verliess ich das Zimmer und nahm meine Thätigkeit in vollem Umfange wieder auf. Die einzige Consequenz war ein leichtes 1—2 Tage anhaltendes Oedem der Lider beider Augen und ein haselnussgrosses, hartes, stark juckendes Infiltrat an der rechten Ohrmuschel, das aber nach einmaligem Bestreichen mit

dem Carbol-Kampfergemisch unter Auftreten von ein paar oberflächlichen Pusteln rasch zurückging. Dass es sich in diesem Falle von Haus aus um keine leichte Infection gehandelt haben dürfte, beweist die rasche ursprüngliche Ausbreitung des Processes, die ebenso rasch auftretende Drüsenschwellung und das hohe Fieber. Für mich unterliegt es keinem Zweifel, dass nur die frühzeitige, energische Behandlung insbesondere mit dem Phenol-Kampfergemisch den Krankheitsverlauf so abgekürzt hat. (Das Fieber dauerte nicht einmal einen vollen Tag!) Ob und inwiefern auch das Unguentum Credé günstig gewirkt hat, lässt sich allerdings schwer mit Sicherheit behaupten.“ Autor hatte diese Therapie eingeschlagen auf eine Anregung Chlumsky's hin. Dieser hat hunderte von Fällen mit Erfolg so behandelt. Er benutzt jetzt ein Gemisch von 60 Theilen Kampfer, 30 Theilen Phenol und 3—5 Theilen Spiritus. Nach dem Bestreichen werden die erkrankten Parthieen mit etwas sterilisirter Watte bedeckt. Nach einigen Bestreichungen sieht freilich die Haut wie Pergament aus und schilfert später etwas ab.

(Allgem. Central-Ztg. 1907 No. 16.)

— **Heilung der Thränensackblennorrhoe durch intercurrentes E.** beobachtete Dr. Hugo Feilchenfeld (Berlin). Eine 51jährige Frau litt seit Jahren an Thränen und einer Vorbuchtung am inneren Lidwinkel. Leichte Ectasie des Thränensackes; bei Druck auf denselben entleert sich dicker, gelber Eiter „in Strömen.“ Autor schlitzte das Thränenröhrchen und sondirte, wobei er eine ausgedehnte Maceration der knöchernen Wand des Thränensackes feststellen konnte. Aus der Anamnese geht mit Wahrscheinlichkeit hervor, dass die Erkrankung tuberculöser Natur ist (objectiv freilich sonst keine Zeichen von Tuberculose vorhanden). Einen Tag nach dem kleinen Eingriff entwickelt sich am oberen Theil der Gesichtshälfte ein E., das in den nächsten Tagen fortschreitet und einen ziemlich bedrohlichen Verlauf nimmt. Aber nach fünf Tagen heilt es ab und auch die Thränensackblennorrhoe scheint damit abgeheilt zu sein, und zwar dauernd, da nach neun Monaten die Heilung noch immer bestand. Als sich das E. entwickelte, gab Pat. an, dass sie vorher ein E. der betreffenden Gesichtshälfte gehabt habe, das erst vor acht Tagen zur Abheilung gekommen sei. Das jetzige E. hat zweifellos von der Wunde des Thränenröhrchens seinen Ausgang genommen. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 22.)

— **Das permanente warme Wasserbad** empfiehlt Dr. A. Rose (New-York) bei E. der Extremitäten und des Rumpfes. Wird das afficirte Glied durch geeignete, leicht herstellbare Maassnahmen dieser Behandlung unterworfen, so verschwindet nicht nur rasch die Schmerzhaftigkeit, sondern der ganze Verlauf wird aufs Günstigste beeinflusst.

(Therap. Monatshefte, Juni 1907.)

Hernien. **Ein ideales Leistenbruchband für Säuglinge** nennt Dr. K. Fiedler (Valparaiso) eine überaus einfache Improvisation, die ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Aus einer 20—30 Fäden starken Lage von weissem Wollgarn macht man eine Schlinge von 35 – 45 cm Länge (je nach der Grösse des kleinen Pat.) und befestigt an dem einen Ende der Schlinge zwei Stückchen weissen schmalen Leinenbandes (die in jedem Weisswaarengeschäft käufliche Zephirwolle liegt bereits in Strähnen von ungefähr der angegebenen Länge). Nach Reposition des Bruches legt man die Schlinge wie einen Gürtel rings ums Abdomen. Das mit dem Leinwandbändchen verlängerte Ende wird durch die Schlinge gezogen; auf die Leistengegend kommt ein kleiner fester Ballen von Verbandwatte, die Kreuzungsstelle der Schlinge direct darüber und das stramm angezogene Ende als Schenkelriemen ums Bein herum. Eine kleine Schleife des Leinwandbändchens befestigt denselben am Gürtel. Der elastische Druck des über den Wattebausch gespannten Wollgarnes genügt vollkommen, um den Wiederaustritt des Bruches zu verhüten. Lässt man der Mutter des Kindes ½ Dutzend solcher Wollschlingen anfertigen, so kann bei jedem Windelwechsel ein reines, neugewaschenes Band umgelegt werden. In den ersten Tagen kann das Kind ruhig mit demselben gebadet werden. Bei Doppelbruch natürlich zwei Schlingen! Die Sache ist reinlich, einfach, billig und leistungsfähig.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 44.)

— **Zur Aetiologie der Dysbasia angiosclerotica** beschreibt Dr. W. v. Holst (Riga) einen interessanten Fall: „Vor drei Jahren stellte ich bei einem Herrn von 61 Jahren, der über Gehbeschwerden klagte, die Zeichen der Dysbasia a. fest. Sein damaliger Zustand deckte sich ganz mit Erb's klassischer Schilderung dieses Symptomencomplexes. In der Ruhe und auch noch zu Beginn eines Ganges befand der Kranke sich vollkommen wohl, doch schon nach wenigen hundert Schritt trat der Wadenschmerz und das schnell

zunehmende Vertaubungsgefühl auf, das eine Gehunterbrechung unvermeidlich machte, um dann nach kurzer Erholung bedeutend nachzulassen. Aus kaum merklichen Anfängen und lange Zeit geflissentlich nicht beachtet, hatte sich die Gehstörung während der letzten drei Jahre bis zum geschilderten Grade gesteigert und wurde jetzt vom alten Herrn um so schmerzlicher empfunden, weil er grosser Spaziergänger und recht passionirter Jäger war. Den subjectiven Beschwerden, die auf der linken Seite weit stärker waren, entsprach auch der objective Untersuchungsbefund insofern, als linkerseits weder in der Art. tib. post. noch in der Art. dors. ped. der Puls von mir gefunden werden konnte, während in den Arterien des rechten Fusses ein kleiner Puls fühlbar war. Die Haut beider Fusssohlen, besonders der linken, war nach einem Gang von 3—5 Minuten wachsbleich und kalt. Von der Kniekehle an konnten beiderseits die Pulse gefühlt werden, härter als in der Norm waren vor allem die Radialarterien. Der Herzspitzenstoss war nur schwach, aber an normaler Stelle bemerkbar und die Herztöne waren leiser und weniger deutlich zu hören als die eines vollkräftigen Herzens. Im Uebrigen war das Untersuchungsergebniss negativ, doch trug der Kranke schon seit einer langen, mir nicht mehr erinnerlichen Anzahl von Jahren wegen beiderseitiger, aber links bedeutend stärker hervortretenden Leistenhernie ein Bruchband. Die von mir verordneten und über zwei Monate hindurch controllirten Maassnahmen, wie Einschränkung des Gehens, Aufgabe des mässigen Alkoholgenusses und des Papyrosrauchens, innerliche Jodgaben, Kohlensäure-Bäder und vorsichtige Massage der Beine kamen zwar der Herzthätigkeit und dem Allgemeinbefinden, doch keineswegs der Gehfähigkeit zu gute. Auch eine später folgende Badecur in Nauheim kräftigte das Herz, blieb aber ohne Einflüsse auf das Fussleiden. Da trat eine zufällige Wendung der Dinge ein. Während einer Untersuchung durch einen bekannten Nauheimer Collegen fiel es dem Kranken zum ersten Mal auf, dass der Puls der Schenkelarterie an der Stelle gesucht und gefunden wurde, wo die zuvor entfernte Bruchbandpelotte aufgelegen hatte. Dieser Umstand brachte den scharf beobachtenden alten Herren auf den Gedanken eines Zusammenhangs seiner Gehstörung mit dem Druck der Bandage, speciell auf der linken Seite, wo sich wegen des grösseren Bruchs auch eine kräftigere Pelotte befand und das Leiden stärker entwickelt war. Eine diesbezügliche Verdachtäusserung des Patienten wurde

vom Nauheimer Collegen zuerst mit der Motivirung zurückgewiesen, dass tausende von Menschen unbeschadet solche Bandagen trügen. Nachdem er sich aber durch den Augenschein von der Möglichkeit eines Drucks der Pelotte auf die Art. femoral. überzeugt hatte, stellte er aufs sorgfältigste fest, dass ein Abheben der Pelotte den vorher kaum resp. garnicht fühlbaren Puls in den Fussarterien sofort relativ deutlich wahrnehmbar mache. Der Druck auf die Arterien wurde der Fehlerhaftigkeit der Bandage zur Last gelegt, und ein Berliner Mechaniker stellte ein Bruchband in Aussicht, bei dem man davor ganz sicher sein könne.“ Während Pat. sich jetzt ohne Bruchband bewegte, bemerkte er, dass er bedeutend besser gehen könne. Er liess sich aber später beiderseits radical operiren, und nach der Operation wurde das Gehen noch weit beschwerdefreier. Ein Jahr später konnte sich Autor während eines weiten Spazierganges selbst davon überzeugen. In der Epicrise über den Fall sagt Autor u. A. „Von der circulationshemmenden und dadurch das Gehen beeinträchtigenden Wirkung habe ich mich bei meinem ehemaligen Kranken zur Genüge überzeugen können. Schwieriger wäre es zu entscheiden, inwieweit der Tags über fast permanente Druck im Laufe der Jahre schädigend auf die Gefässwandungen des starken Fussgängers gewirkt habe, doch möchte ich auch diesen Einfluss nicht gering anschlagen. Vergegenwärtigt man sich die topographische Anatomie des Scarpa'schen Dreiecks, wo die Cruralgefässe gleich unterhalb des Poupart'schen Bandes an ihrer Vorderseite nur von Haut und Schenkelfascie bedeckt sind, während sie nach hinten hin dem Schenkelknochen so nahe aufliegen, dass man an dieser Stelle nicht nur den Puls fühlen, sondern auch die Arterie, wie Rauber angiebt, ziemlich leicht gegen den Knochen andrücken und comprimiren kann, so liegt, wie mir scheint, näher als der Zweifel die Frage, warum es bei der Häufigkeit von Bruchleiden nicht öfter zu Circulations- resp. Gefässschädigungen in Folge des Bandagedrucks kommt. Denn auch mit der Mobilmachung einer arteriosklerotischen oder nervösen Disposition ist dies Problem noch keineswegs gelöst, während der Schutz den andrerseits ein reichliches Fettpolster bildet, immerhin erwogen werden müsste. Trotz Feststellung der Bedeutung des Bruchbandes für den gegebenen Fall bleibt noch unentschieden, wie die Beobachtung des Pat., dass er nach der operativen Entfernung der beiden Leistenbrüche noch besser habe gehen können als nach Ablegung der

Bandage in der Zeit vor der Operation, zu erklären sei. Dass er selbst diesen Unterschied auf den Wegfall der Brüche zurückführt, ist verständlich, Dr. Greiffenhagen dagegen möchte eine Compression der grossen Schenkelgefässe durch die Hernien nicht zugeben. In seiner liebenswürdigen Beantwortung meiner diesbezüglichen Anfrage begründet er seinen Zweifel folgendermaassen: „Nach der anatomischen Lage müsste sich eine Compression zuerst an der Vene bemerkbar machen, dann erst käme die Arterie in Betracht. Klinische Erscheinungen einer venösen Stase haben nie existirt, geschweige denn die einer arteriellen Compression, d. h. so lange kein Bruchband getragen wurde." Dagegen möchte ich bemerken, dass man m. E. wohl berechtigt wäre, an einen Zusammenhang zwischen Bruch und subjectiven Beschwerden zu denken, ohne nachweisbare Circulationsstörungen erwarten zu müssen, und zwar deswegen, weil die ohnehin in Folge der verengten Gefässe nur spärlich mit Blut versorgten sensiblen Nerven und ihre Endapparate in der Haut der Füsse schon auf die kleinste Steigerung der Ischaemie mit Paraesthesien antworten könnten. Selbst zugegeben, dass bei Ruhelage von einer Wirkung des grösseren Bruches auf die Blutzufuhr nicht die Rede sein könnte, so erscheint es mir doch nicht angänglich, eine derartige, vielleicht für normale Verhältnisse ganz belanglose Beeinträchtigung für unsern Fall bei kräftigen Gehbewegungen, verstärkter Athmung und gelegentlichen Hustenstössen rundweg in Abrede zu stellen. Zu der weiteren Frage, ob ein grösserer Leisten- oder Schenkelbruch durch den jahrelangen Druck seines Inhalts auf die Schenkelgefässe bei genügender Disposition zum Auftreten einer distalwärts gelegenen Arteriosklerose das Seinige beitragen könnte, brauche ich nicht Stellung zu nehmen und zwar, weil grosse Brüche meines Wissens in überwiegender Mehrzahl entweder operirt oder bandagirt werden. Wird aber erst eine Bandage getragen, so befreit uns dieser Umstand, wie im gegebenen Fall, durch sein aetiologisches Uebergewicht von allen Zweifeln. Nicht bloss vom theoretischen Gesichtspunkt erschien mir die Veröffentlichung dieses Falles berechtigt, sondern auch aus praktischen Gründen. Denn falls das jahrelange Tragen eines Bruchbandes beim Zustandekommen eines so ernsten Leidens wie der Dysbasia angiosclerotica auch nur in vereinzelten Fällen mitwirkt, so ist damit zu den altbewährten Cardinalindicationen für die operative Bruchentfernung eine, wenn auch seltene, neue hinzugekommen".

(Petersburger med. Wochenschrift 1907 No. 13.)

Influenza. Leberabscess nach I. beobachtete Dr. F. Karewski (Berlin). Es handelte sich bei dem 25jähr. Pat. um einen Leberabscess, der secundär eine seropurulente Pleuritis erzeugt hatte. Nichts wies auf eine hepatische Erkrankung hin. Der bis dahin gesunde Mann war ohne Schüttelfrost an einem influenzaartigen Leiden behandelt worden, das schnell vorübergegangen war. Nur die damit nicht in Einklang stehende grosse Prostration hatte den sorgfältigen Hausarzt zu einer Untersuchung der Lungen, von deren Seite keinerlei Symptome bestanden, aufgefordert, welche Zeichen eines Empyems rechts aufdeckte. Wiederholter Probestich förderte bald seropurulentes Secret, bald dicken Eiter zu Tage, so dass man ein abgekapseltes Empyem der Lungenbasis mit consecutiver Affection der Pleurahöhle annehmen musste. Die nach oben convexe Dämpfungsgrenze und der an sich ungewöhnliche Befund liess zwar an die Möglichkeit einer subphrenischen Eiterung denken, ohne dass diese aber sehr wahrscheinlich erschien, da alle für solche ursächlich in Anspruch zu nehmenden Momente fehlten. Weder Perityphlitis, noch Gallensteinerkrankung, noch Echinokokken kamen in Frage. Die Leber selbst war nicht nachweislich vergrössert. Fieberbewegungen charakteristischer Art kamen nicht zur Beobachtung. Nimmt man hinzu, dass gerade nach Influenza, die vorhergegangen sein sollte, Empyeme nicht selten sind, auch wenn keine auffälligen Lungenerscheinungen beobachtet werden, so konnte der diagnostische Irrthum um so weniger vermieden werden, als kein objectives Merkmal eines acuten oder chronischen Leberleidens vorhanden war. Man könnte allerdings daran denken, dass die im Beginn der Erkrankung festgestellten Erscheinungen allgemeiner Natur und die Fieberbewegungen der Ausdruck der Lebervereiterung gewesen waren, also eine Influenza überhaupt nicht bestanden habe. Indessen das würde den Fall nur noch räthselhafter und unklarer machen. Man müsste dann eine idiopathische Entstehung concediren. Im Uebrigen hielt Langenbuch es für wohl möglich, dass die Influenza Lebereiterung veranlassen könne, und Körte beschreibt in seinen „Beiträgen zur Chirurgie der Leber" einen Fall, der dem vorliegenden überaus ähnlich ist. Und wenn man in Betracht zieht, dass die Grippe auch sonst metastatische Eiterungen verursacht, so wird man ihre aetiologische Bedeutung auch nicht in Abrede stellen können, weil der vom Autor bakteriologisch geprüfte Eiter sich steril erwiesen hat. Das ist ja bei Metastasen nach In-

fluenza nicht ungewöhnlich, beruht auch vielleicht auf Zufälligkeiten bei der Untersuchung. Bei Körtes Kranken war eine Lebervergrösserung nachgewiesen worden, die hier fehlte. Aber ersterer kam erst nach zehn Wochen, obiger schon 14 Tage nach dem Krankheitsbeginn zur Operation. Der Process hatte also schon grösseren Umfang angenommen. Die weitere Beobachtung des jungen Mannes, die nunmehr zwei Jahre zurückliegt, hat bewiesen, dass ausser der I. kein anderes Moment für die Entstehung des Leberabscesses in Betracht kommt. Er ist dauernd gesund geblieben, keine Symptome von Seiten der Leber oder anderer Organe hatten nachträglich die supponirte Ursache zweifelhaft gemacht.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11. Febr. 1907. — Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 19.)

— In einer kleinen Arbeit über **Novaspirin** äussert sich Prof. Dr. O. Seifert (Würzburg) wie folgt: „Meine eigenen Beobachtungen mit Novaspirin, die ich seit vier Monaten an verschiedenen Krankheitsformen angestellt habe, weichen nur wenig von denen Witthauer's und Liebmann's ab. Vor Allem muss ich feststellen, dass Novaspirin ein ganz ausgezeichnetes Mittel gegen die Influenza darstellt, indem es nicht nur antipyretisch, sondern auch eminent schmerzstillend wirkt, speciell gegen die so ausserordentlich lästigen Muskel- und Kopfschmerzen, unter denen die frisch erkrankten Fälle so sehr zu leiden haben. Aber auch die in einzelnen Fällen von Influenza noch lange Zeit nach Ablauf der acuten Erscheinungen andauernden Kopfschmerzen werden durch Novaspirin sehr günstig beeinflusst. Nicht unwesentlich erscheint auch mir der Umstand, dass die schweisstreibende Wirkung gerade dem Aspirin gegenüber eine sehr viel geringere ist. Die antineuralgische Wirkung des Novaspirins bewährte sich in drei Fällen von Ischias, bei welchen weder Aspirin noch Salipyrin, noch irgend ein anderes Antineuralgicum etwas geleistet hatte, in ganz vorzüglicher Weise. Nur insofern weichen meine Beobachtungen von denen Witthauer's und Liebmann's ab, als ich zwei Patientinnen in Behandlung hatte mit nervösen Kopfschmerzen, welche nach dem Gebrauch von je zwei Dosen Novaspirin à 0,5 g über die gleichen Magenbeschwerden klagten, wie sie solche früher nach dem Einnehmen von Aspirin verspürten. Immerhin mögen das Ausnahmen sein und dem sonst gültigen Satz, dass Novaspirin keine Magenbeschwerden verursacht, wenig

Eintrag thun. Irgendwelche anderweitige unangenehme Nebenerscheinungen, wie Exantheme, kamen mir nicht zur Beobachtung. Ein weiteres Feld für die Anwendung des Novaspirins scheinen mir die *juckenden Dermatosen* zu sein, doch ist die Zahl meiner Beobachtungen noch zu gering, um ein endgültiges Urtheil über die juckreizmildernde Wirkung des Novaspirins abzugeben. Ich sah in drei Fällen von *Urticaria acuta*, in einem Falle von *Urticaria chronica* und in vier Fällen von *Lichen ruber planus*, in einem Falle von *Pruritus senilis* eine auffällige juckreizmildernde Wirkung, und in einem Falle von *Erythema exsudativum multiforme* gingen die Erscheinungen an den Fingern, Händen und im Gesicht auffallend rasch zurück, so dass Novaspirin zu weiteren Versuchen in der Dermatotherapie aufmuntern könnte." — In einem „Nachtrag" fügt Autor ferner hinzu: „In der Zwischenzeit hatte ich Gelegenheit, an mir selbst Novaspirin als vortreffliches Mittel gegen Influenza kennen und schätzen zu lernen. Ich erkrankte im Monat März innerhalb drei Wochen zweimal an Influenza und fand, dass Novaspirin besser als alle anderen bisher bekannt gewordenen Mittel, vor Allem die die Influenza begleitenden Kopf- und Muskelschmerzen in der günstigsten Weise beeinflusst. Da es sich bei mir um die 18. resp. 19. Erkrankung an Influenza handelte, und ich bei den verschiedenen Attacken der Reihe nach alle Influenzamittel an mir selbst zu erproben Gelegenheit hatte, darf ich mir wohl ein Urtheil über ein weiteres Influenzamittel zutrauen."

(Wiener klin. Rundschau 1907 Nr. 23.)

Intoxicationen. Ueber **Bleivergiftung durch die Geschosse nach Schussverletzungen** lässt sich Prof. Dr. E. **Braatz** (Königsberg) aus. Es sind bisher nicht viel Fälle dieser Art bekannt geworden; aber sie kämen gewiss öfter zur Beobachtung, wenn man überhaupt mit ihrer Möglichkeit rechnete und die Diagnose richtig stellte. Was die Diagnose und die Beurtheilung so erschwert, ist einmal die scheinbare Regellosigkeit, mit der die Bleivergiftung in solchen Fällen eintritt. Das eine Mal liegt eine Kugel 17 bis 18 Jahre ruhig im Körper, ohne Erscheinungen zu machen, dann tritt die Bleivergiftung erst auf. In anderen Fällen genügt eine ganz geringe Schrotmenge (z. B. 1,6 g), um schon nach wenigen Wochen eine schwere Vergiftung hervorzurufen. Auch ist es seit Jahrhunderten bekannt genug, dass Geschosse ohne jeden Schaden das

ganze Leben, viele Jahrzehnte hindurch im Körper stecken können. Autor selbst kennt einen Herrn, der seit nunmehr etwa 6 Jahren von einem Schrotschusse her über 20 g Blei ohne jeden Schaden mit sich herumträgt. Eine weitere Erschwerung der Diagnose ist das ausserordentlich mannigfaltige Bild der Symptome der Bleivergiftung. Wenn wir die Haupterscheinungen, wie wir sie aus den gewerblichen Bleivergiftungen kennen, zusammenfassen, so wären es etwa Bleisaum, Koliken, Verstopfung, Anaemie, Dyspepsie, Tremor, Lähmungen (namentlich der Extensoren des 3. und 4. Fingers), Neuralgien, Herzhypertrophie, Nierenentzündung mit Hydrops, Schrumpfniere, Arthralgien, Optikusatrophie und eine Reihe von Gehirnerscheinungen, wie heftige Kopfschmerzen, Verwirrtheit, (seltener) Delirien, Epilepsie, progressive Paralyse. Das Merkwürdige ist dabei, dass nur einige wenige der genannten Erscheinungen vorhanden zu sein brauchen und dass alle übrigen fehlen können. Ebenso können sie sich ganz unauffällig und schleichend durch Jahre und Jahrzehnte entwickeln, dagegen in anderen Fällen urplötzlich mit einem Schlage auftreten. Noch schwieriger wird die Diagnose, wenn gleichzeitig noch andere, nicht seltene Gifte, wie Alkohol und Nikotin etc. sich an dem Krankheitsbilde betheiligen. Der Nachweis von Blei im Urin beweist an sich noch keine Bleivergiftung, ebensowenig wie Jod im Urin eine Jodvergiftung beweist. Wenn freilich die Fälle weit vorgeschritten sind, dann ist die Diagnose leicht. Aber je leichter die Diagnose nach den erwähnten klinischen Erscheinungen ist, desto weniger können wir dem Kranken mehr helfen. So hat gerade hier die frühe Diagnose fast den Werth einer Prophylaxe! Zum Glück sind wir aber in der Lage, auch eine Frühdiagnose zu stellen, dank einem Verfahren, das uns E. Grawitz gelehrt hat. Grawitz hat erkannt, dass die von S. Askanazy 1893 beschriebenen basophilen Granula der rothen Blutkörperchen sich constant bei jeder Bleivergiftung vorfinden, und zwar schon zu einer Zeit, wo sich der Patient noch gar nicht krank zu fühlen und keine andere Erscheinung von Bleivergiftung vorhanden zu sein braucht. Zwar treten diese Granulationen auch bei Krebs, perniciöser Anaemie, Darmfäulniss, Sepsis und Intermittens auf, doch lassen sich diese Krankheiten meist leicht als solche erkennen und ausschliessen. Welchen Einfluss soll nun das thatsächliche Vorkommniss von Bleivergiftungen durch Geschosse auf unser chirurgisches Verhalten gegenüber den

Schussverletzungen gewinnen? Im Allgemeinen werden wir wie bisher steckengebliebene Geschosse ruhig liegen lassen, wenn sie nicht ganz leicht zu erreichen sind und werden damit den Verletzten meist den grösseren Dienst erweisen. Aber ausser Acht dürfen wir die Möglichkeit einer Bleivergiftung nicht lassen. Man wird mindestens verlangen müssen, dass die Aerzte bei Patienten, welche Bleigeschosse in ihrem Körper beherbergen, die obenerwähnten Blutuntersuchungen auf basophile Granula machen oder machen lassen. Die in dünner Schicht ausgestrichenen Blutpräparate werden in Alkohol fixirt, einfach mit Löffler's starker Methylenblaulösung gefärbt und mit einem guten Immersionssystem untersucht. Ueber das Weitere, ob man dann an die Entfernung der Geschosse gehen kann oder soll, lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen. Das muss von Fall zu Fall erwogen und entschieden werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 22.)

— **Ein Fall von Veronalvergiftung.** Unter diesem Titel brachten wir kürzlich eine Arbeit von Topp, worin dieser seine eigene Krankengeschichte berichtet. Jetzt weist Dr. W. Cohn (Berlin) darauf hin, dass diese Vergiftung auf einer unzweckmässigen Darreichung des Veronals beruhte. „Der Autor nimmt aus irgendwelchen Gründen gegen ½3 Uhr Nachmittags 0,75 g Veronal (also das crystallinische Product) in Oblaten; da die Wirkung keine ausreichende war, so nimmt er Abends um ½11 Uhr eine zweite Kapsel zu 0,75 Veronal; eine halbe Stunde vorher hat Topp eine warme Flüssigkeit in Form eines Tellers Fleischbrühe zu sich genommen. Nach der ersten Kapsel trat nur eine Halbwirkung ein, nach der zweiten ein prompter Effect, jedoch zeigte sich am folgenden Tage Eingenommenheit des Kopfes, Trockenheit im Schlunde und ein hochgestellter blutrother Urin in mässiger Quantität. Es hat also in dem vorliegenden Falle die erste Dosis Veronal aus dem Grunde nur mässig gewirkt, weil der Verfasser es versäumt hat, es in Lösung zu nehmen oder mindestens unter gleichzeitigem Nachtrinken grösserer Quantitäten warmer Flüssigkeit. Nach und nach trat Lösung ein, und als dann 8 Stunden später die gleiche Quantität, nämlich 0,75 g Veronal, genommen wurde, trat eine cumulative Wirkung (entsprechend der Summe beider Einzelgaben) auf. Wir vermissen also in dem concreten Falle die Darreichung des Mittels in Lösung, die sicherlich dazu geführt hätte,

das Mittel erstens einmal prompt zur Wirkung gelangen zu lassen, des Weiteren es auch prompt auszuscheiden. Es fehlt die Zufuhr einer genügenden Quantität warmer Flüssigkeit. Verfasser hat auch eine viel zu hohe Dosis innerhalb eines beschränkten Zeitraumes genommen, und da die Möglichkeit, die Ausscheidung zu beschleunigen, nicht im vollem Maasse gegeben war, so darf er über die Nachwirkungen auch nicht überrascht sein; denn, was er als Nachwirkung gesehen hat, vor allem die Eingenommenheit des Kopfes am folgenden Tage, erklärt sich ungezwungen dadurch, dass Veronal in relativ hoher Menge circulirte; aus gleichen Gründen das starke Schwindelgefühl, während Harnverhaltung als ein Symptom zu betrachten ist, das bekanntlich auch bei den Disulfonen auftritt und den gleichen Ursachen, sowie einer zu hohen Dosis, zuzuschreiben ist. Der Verfasser würde daher alle diese Nebenwirkungen nicht beobachtet haben, wenn er der bei Schlafmitteln üblichen Darreichungsform mehr Beobachtung geschenkt hätte. Er wäre dann auch mit $^1/_2$ g Veronal ausgekommen, während er eine extreme Dosis von $1^1/_2$ g Veronal innerhalb 8 Stunden zuführte. Ich möchte daher an dieser Stelle nochmals betonen, dass man Schlafmittel stets in Lösung geben muss, die sich besonders beim Veronal unter Mitbenützung von warmem Wasser ziemlich leicht vollzieht. Sollte das Veronal aus irgendwelchen Gründen durchaus in Tablettenform gereicht werden, dann wähle man ausschliesslich die weissen Veronaltabletten (die mit einem geringfügigen Zusatz von Amylum versehen sind), nicht dagegen die braunen (mit einem Zusatz von Chocolade), weil sich letztere viel zu schwer lösen. Die weissen dagegen zerfallen schon in kaltem Wasser sofort, lösen sich in warmem Wasser sehr leicht (eine kleine Trübung rührt von den geringfügigen Zusatz Amylum her) und wirken, in dieser Form gereicht, genau so wie das gelöste Pulver. Für unzweckmässig erachte ich es, das Veronal in Oblate gehüllt zu reichen und etwas Wasser, insbesondere gar kaltes Wasser, nachtrinken zu lassen." — Topp selbst stellte später Versuche bei sich an und berichtet darüber wie folgt: „Nach Erhalt der Veronalversuchsmengen stellte ich zunächst an 4 Tagen, die je durch einen dreitägigen Intervall getrennt waren, bei mir selbst Versuche an: An zwei Abenden wurde eine Stunde vor dem Schlafengehen, etwa um 9 Uhr, 0,75 Veronal in einem grossen Glase heissen Thees unter Umrühren gelöst, genommen und danach ein zweites Glas warmen Thees nachgetrunken. Nach

ca. ½ Stunde trat Ermüdungsgefühl und — als ich mich nach einer weiteren halben Stunde niederlegte — in wenigen Minuten tiefer traumloser Schlaf ein, der bis früh gegen 6 Uhr währte. Nach dem Erwachen war ich völlig klar, erquickt und sofort und während der Folgezeit ohne jede störende oder unangenehme Nachwirkung. An zwei andern Abenden wurde der Versuch wiederholt mit der Abänderung, dass ich an einem Abende zunächst in gleicher Form (Einnehmeweise) wie vorher um 6 Uhr Abends 0,75 Veronal nahm, das sich prompt nach ½ Stunde einstellende Schläfrigkeitsgefühl überwindend gegen 7 Uhr einen Teller Fleischbrühe, zwei weichgekochte Eier und etwas Weissbrod zu mir nahm und dann nochmals eine zweite Dosis von 0,75 Veronal um 9 Uhr wie vorher in den Magen einführte. Dem schon nach 20 Minuten einsetzenden starken Ermüdungsgefühle nachgebend und mich sofort zu Bett legend, fiel ich fast augenblicklich in tiefen Schlaf, der bis gegen 8 Uhr früh andauerte. Auch dieses Mal fühlte ich mich nachhaltend durchaus frisch, erquickt, ohne jede unangenehmen Nachwirkungen seitens des Nervensystems oder der vegetativen Organe. Der vierte und letzte Versuch wurde als Controllversuch in gleicher Weise angestellt, wie im Märzheft der Therapeutischen Monatshefte geschildert. Nur wurde eine einmalige Dosis von 0,75 ad Caps. amylac. Abends 10½ Uhr im Bette genommen ohne Vor- noch Nachtrinken irgend welcher Flüssigkeit. Schlaf nach ca. ¾ Stunden. Erwachen früh 7½ Uhr. Subjectives Wohlbefinden, solange Bettlage eingehalten wurde. Gleich nach dem Aufstehen Kopfdruck, leichter Schwindel, Gefühl von Zerschlagensein im ganzen Körper, hochgestellter Urin. Im ganzen dieselben toxischen Erscheinungen, wie ich sie bei mir in Nr. 3 der Zeitschrift beschrieben habe, nur in erheblich geringerem Grade und schon am Nachmittage nachlassend und am folgenden Morgen gänzlich geschwunden. Ich kann daher nach diesen Erfahrungen den Ausführungen des Herrn Dr. Cohn nur in vollem Umfange beipflichten. Nicht eine bestehende Idiosyncrasie, sondern einzig fehlerhafte Darreichung unseres Hypnoticums (wie unter gleichen Voraussetzungen auch bei anderen Schlafmitteln) dürfte in den meisten Fällen die Ursache der unangenehmen, oft bedrohlich erscheinenden toxischen Symptome sein. Es ist daher in allen Fällen die vorgeschriebene, durch vielfache Erfahrungen erprobte Einverleibungsweise zu erstreben, nur dann wird man den gewünschten, durch keine störenden Neben- oder Nachwirkungen beeinträchtigten

Erfolg erzielen. Ueber sehr günstige Erfahrungen, die ich bei Erregungszuständen und Schlaflosigkeit auf der Basis von Neurosen, organischen Gehirnerkrankungen und Psychosen mit Veronal-Anwendung gemacht habe, werde ich demnächst berichten. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen." (Therap. Monatshefte, Mai 1907.)

— Einen von ihm beobachteten **Fall von Veronalvergiftung** schildert Dr. E. Nienhaus (Heilstätte für Brustkranke, Davos-Dorf) wie folgt: „Eine mit leichter Cystitis behaftete und leicht hysterische Frau hatte sich nach einer Eifersuchtsscene mit ihrem Manne auf ein Recept, welches ich ihrem Manne gegeben, 12 g Veronal in Oblaten verschafft. Hiervon nahm sie suicidii causa am 14. November 1906 Nachmittags nach 3 Uhr 4 g. Um 4 Uhr wurde sie bewusstlos mit geröthetem cyanotischem Gesicht (Aussage des Mannes) auf einem Liegestuhle vorgefunden und ins Bett geschafft. Ich werde Abends 7½ Uhr gerufen und finde die Frau in ruhigem Schlafe, mit ganz leicht schnarchender Respiration, leicht geröthetem, nicht cyanotischem Gesicht, Extremitäten schlaff, Kaumusculatur etwas gespannt, Pupillen mittelweit, reagiren auf Lichteinfall prompt, Puls 80, regelmässig. Das Bild bleibt bis Nachts 12 Uhr dasselbe, dann wird Patientin plötzlich äusserst unruhig, schreit laut, schlägt um sich, sitzt auf, fällt aber wieder zurück und aus dem Bett. Im Verlaufe des Vormittags des 15. November wird das Schreien etwas seltener, während eines kurzen klaren Momentes wird das Geschirr verlangt und werden 100 ccm Urin gelassen. Da der Puls etwas weicher geworden, werden zwei subcutane Campherätherinjectionen gemacht, die letzte wird sehr schmerzhaft empfunden. Am 16. November treten kurze lichte Momente auf, während deren Patientin vernünftig antwortet, sonst ist sie noch sehr unruhig, schläft aber viel, trinkt Milch und Kaffee. Am 17. November erhalte ich schon bei der Morgenvisite vernünftige klare Antworten; Klagen über starke Kopfschmerzen und Doppeltsehen, guter Appetit, Patientin isst hastig, gierig, ohne zu unterscheiden, was an der Gabel steckt, dazwischen ganz verwirrte Momente, in denen die Frau aus dem Bette springt und fort will. Am 18. November ist Patientin sehr unruhig, äusserste Angstgefühle, Todesangst, klagt über Kopfschmerzen, Doppeltsehen, erbircht öfters, isst aber und trinkt mit gutem Appetit. Abends leichte Verwirrtheit, spricht von einem Briefe, den man ihr weggenommen habe, der aber gar nicht existirt.

Am 19. November Klagen über Doppeltsehen und Brechreiz. Am 20. November Doppeltsehen verschwunden, Kopfweh, bei Gehversuchen taumelnder Gang. In den nächsten Tagen fortschreitende Besserung, guter Schlaf, noch grosse Schwäche, am 24. November zum ersten Male wieder aufstehen. Später gab mir die Frau an, dass sie in den nächsten 14 Tagen ganz vorzüglich geschlafen habe. In dem zuerst nach der Vergiftung gelassenen 100 ccm Urin konnte 0,1 g Veronal nachgewiesen werden. Die am häufigsten bei Veronalvergiftung beobachteten Symptome sind Cyanose, unregelmässige Herzthätigkeit, enge starre Pupille, taumelnder Gang, lallende Sprache, Tremor, Doppeltsehen, Verwirrtheit, Visionen, Oligurie, in schwereren Fällen Sopor, Cheyne-Stokes Coma, opisthotonische und tetanische Zuckungen. Meine Beobachtung weist kein Symptom auf, welches nicht schon von andererm Autoren erwähnt worden ist, mir schien der ganze Symptomencomplex viel Verwandtes mit einem uraemischen Zustande zu haben, speciell zeigte die Unruhe, das Schreien in der ersten Nacht deutlich periodischen Charakter, ähnlich dem Cheyne-Stokesschen Typus, mit regelmässigem langsamem Stärker- und wieder Schwächerwerden. Auffällig ist auch die bei der relativ kleinen Dosis von 4 g Veronal langdauernde Reconvaleszenz von 10 Tagen, während in den meisten übrigen Publicationen höchstens drei bis vier Tage angegeben werden. Um noch kurz die Therapie der Veronalvergiftung zu berühren, möchte ich erwähnen, dass in erster Linie die Magenausspülung mit Tanninlösungen empfohlen wird, daneben Excitantien, Coffein, Campher, Kaffee, Injectionen von physiologischer Kochsalzlösung, Darmeinläufe; Ehrlich machte ohne Erfolg Atropininjectionen. In meinem Falle habe ich keine Magenausspülung gemacht, da der Zustand stets ein relativ guter war, ich auch erst mehrere Stunden nach Beginn der Bewusstlosigkeit zugezogen wurde und ausserdem erst am folgenden Tage durch Nachfrage in der Apotheke erfuhr, dass sich die Patientin Veronal verschafft hatte. Vielleicht wären auch die beiden Campherätherinjectionen nicht nöthig gewesen, immerhin haben sie nichts geschadet und Patientin hatte nachher an den schmerzhaften Injectionsstellen noch für einige Zeit einen kleinen Denkzettel. Es liegt mir ferne, das Veronal discreditiren zu wollen; es wird seinen Platz in unserm Arzneischatze als gutes und relativ unschädliches Schlafmittel stets behalten. Nach den verschiedenen Vergiftungsfällen scheint aber doch einige Vorsicht in der Dosirung geboten. Ich

möchte mich der Ansicht von Hampke anschliessen, der in seiner Dissertation eine Dosis max. spl. von 1,0 g und eine Dosis max. pro die von 3,0 g vorschlägt. Unter allen Umständen sollte auf gesetzlichem Wege dafür gesorgt werden, dass das Veronal aus dem Handverkaufe verschwindet und nur noch auf ärztliche Verordnung abgegeben wird.“ (Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1907 No. 11.)

— **Ueber acute Citrophenvergiftung** schreibt Dr. Aug. Goldschmidt (München). „Eine Dame, die an überaus starken Schmerzen in Folge einer Zahnwurzelhaut-Entzündung litt, liess in einer nahen Apotheke ein Beruhigungsmittel holen und erhielt als solches 5 Citrophenpulver à 1,0. Von diesen nahm sie 4 Stück hintereinander. Nach kurzer Zeit stellte sich nun ein so besorgnisserregender Zustand ein, dass die Angehörigen den Arzt holen liessen. Status praesens: Pat. in collapsähnlichem Zustande mit starkem Frostgefühl, Schweissausbruch auf der Stirne mit Athemnoth. Das Gesicht und die Hände, besonders die Fingerspitzen sind blauroth verfärbt und kalt anzufühlen. Der Puls ca. 120, klein und arrhythmisch. Temperatur subnormal. Es wurden sofort Analeptica angewandt, starker Kaffee, Alkohol und Hautreizmittel und dadurch erreicht, dass der Puls nach ca. 1 Stunde regelmässiger und voller wurde, auf ca. 90 Schläge zurück ging, die Athemnoth sich verminderte. Das Allgemeinbefinden besserte sich nun in kurzer Zeit stetig, nur die blaurothe Farbe blieb noch ca. 24 Stunden bestehen. Stärkere Reizerscheinungen seitens des Darmes oder der Nieren wurden nicht beobachtet. Das Citrophen ist bekanntlich eine Verbindung der Citronensäure mit dem Phenetidin. Nachdem das Mittel von Benario warm empfohlen war, wurde es von Treupel durch Experimente am Hund nachgeprüft, und es ergab sich, dass neben toxischen Wirkungen auf das Blut starke Reizerscheinungen des Verdauungstractus und der Nieren auftraten. Auf Grund seiner Versuche verlangte daher Treupel mit Recht, dass das Präparat vorsichtig und nur in kleineren Einzel- und Tagesdosen abgegeben werden sollte. In seiner Erwiderung bemerkte Benario, dass er nie bei Citrophenanwendung Eiweiss im Urin bemerkt habe, das Mittel allerdings nicht bei nüchternem Magen nehmen lasse, da der Salzsäuregehalt einen gewissen Einfluss wohl ausüben könne. — Auch in unserem Falle wurden keine stärkeren Reizerscheinungen seitens der Nieren und des Verdauungstractus beobachtet, trotzdem die Pulver bei fast nüchternem

Magen (Pat. hatte in Folge der heftigen Schmerzen nichts gegessen) genommen waren. Um so deutlicher zeigten sich die Einwirkungen auf Blut und Herz, über die wir später noch eingehender sprechen werden. In dem einzigen Falle von Citrophenvergiftung, den ich in der Literatur fand, berichtet Schotten über einen Pat. mit acutem Gelenkrheumatismus, der dreimal 1 g Citrophen pro die bekommen hatte. Bereits nach der ersten Dosis allgemeines Hitzegefühl und Schweissausbruch. Am Abend nach der 2. Gabe keine weitere Steigerung. Dagegen am folgenden Morgen auffallende bläuliche Verfärbung des Gesichtes, Kopfschmerz, Hitzgefühl etc. Der Arzt fand den Pat. ganz „cyanotisch", namentlich Lippen, Hände und Finger, welch' letztere sich kalt anfühlten. Die Temperatur war nicht wesentlich verändert. In den folgenden Tagen bildete sich die normale Farbe der Schleimhäute und Hände allmählich zurück. Hier wie bei unserem Falle stimmten die Symptome trotz der verschiedenen Dosirung bis auf die Herzerscheinungen ziemlich überein. Die „Cyanose", durch Methaemoglobinbildung bedingt, ist von Lewin bei Antifebrin- und Phenacetinvergiftung beschrieben. Eine Methaemoglobinaemie bringt nach den Untersuchungen Dennigs den Tod, wenn 66% der Blutkörperchen nur noch Methaemoglobin enthalten. Eine mässige Methaemoglobinaemie dagegen ist nicht weiter gefährlich, wenn sie nicht durch längeres Bestehen zur Haematinbildung führt. Da Haematin keine Rückbildung im Blute erfährt, so werden die Erythrocyten auf's Schwerste geschädigt und zeitigt die schwersten Störungen, wie Somnolenz, Bewusstlosigkeit, Athmungsstörungen etc. Was die Herzerscheinungen anlangt, hat Armstrong bei Antifebrin ähnliche Beobachtungen gemacht. Arrhythmischer kleiner Puls bis zu 160 Schlägen in der Minute. Auch bei Phenacetinvergiftung traten neben Methaemoglobinaemie und Collapszuständen die Pulsveränderungen mit Schwäche, Vermehrung und Arrhythmie derselben in den Vordergrund. Die obigen Beobachtungen führen uns zur Schlussfolgerung, dass das Citrophen ein brauchbares und verhältnissmässig ungiftiges Mittel ist, wenn es durch den Arzt in mässiger Dosirung verschrieben wird. Ein freihändiger Verkauf in den Apotheken sollte dagegen verboten werden, um in Zukunft ähnliche Vorkommnisse zu vermeiden."

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 23.)

Magen- und Darmkatarrhe. Einen **Beitrag zur Anwendung des Wismuts und der Bismutose bei Magendarmleiden** liefert Dr. J. Kuck (Wiesbaden). Er weist darauf hin, wie sich die Bismutose (Kalle & Co., Biebrich) bei Ulcus ventriculi bewährt hat, wie günstig sie auf die entzündete und ulcerirte Darmschleimhaut einwirkt, und wie sie speciell bei Darmgeschwüren und Blutungen, bei Typhus, bei den Diarrhoen der Phthisiker günstigen Einfluss entfaltet. Sehr bewährt hat sie sich bei den Störungen des kindlichen Magendarmcanals. Als geeignete Form der Verordnung für kleinere Kinder erwies sich folgende Vorschrift:

Rp. Bismutose
Mucil. Gumm. arab. $\overline{aa}$ 30,0
Aq. dest. ad 200,0
M. D. S. Stündlich 1—2 Kaffeelöffel.

Nach Nathan ist es am einfachsten und billigsten, die Tagesmenge (ca. 6 g) in 30 ccm einer dünnen Haferschleimmischung zu mengen und davon dem Säugling zweistündlich nach kräftigem Umschütteln der Flasche etwas angewärmt 1 Theelöffel zu geben. Bei schwer dyspeptischen Kindern und bei solchen mit Enteritis acuta wurden zunächst die acuten Symptome bekämpft (Theediaet, Darmirrigation, Ol. Ricini, auch kleine Calomelgaben) und am dritten oder vierten Tage die Bismutose-Darreichung begonnen. Bei 2—5jährigen Kindern, die theilweise schon seit Wochen dünne Entleerungen hatten, wurde durch Bismutose (stündlich eine gehäufte Messerspitze) nach kurzer Zeit Besserung erreicht. (Medicin. Klinik 1907 No. 10.)

— **Tannothymol** (Tannin-Thymol-Methan), ein neues, von der Firma Schimmel & Co. in Miltitz hergestelltes und von Priv.-Doc. Dr. H. Hildebrandt im pharmokolog. Univers.-Institut Halle geprüftes Mittel, hat Priv.-Doc. Dr. Baumgarten (Halle) mit Erfolg bei drei Fällen angewandt, bei denen jede andere Medication versagte. Er schildert die Fälle wie folgt: „Das eine Mal handelte es sich um unstillbare Durchfälle bei einem an perniciöser Anaemie leidenden 42jährigen Arbeiter, bei dem Tannigen und Tannalbin absolut wirkungslos blieben, Tannin mit Opium kaum einen Erfolg aufwies. Vorsichtige Dosen des Präparates, zunächst 3mal 0,5, sehr bald 3mal 1,0 bewirkten innerhalb weniger Tage einen dickbreiigen, theilweise geformten Stuhl. Der zweite Fall betraf ein 28jähriges

Mädchen mit fortgeschrittener Lungen- und Darmtuberculose. Es bestanden seit ca. 3 Monaten Durchfälle, die nachgerade bei dem hinzukommenden aashaften Gestank für die Kranke und die Umgebung unerträglich wurden und die Ueberführung der Pat. in ein Privatkrankenhaus nothwendig machten. Auch hier war die bisherige Behandlung eine ähnliche gewesen wie bei dem ersten Fall und zeigte ein gänzliches Versagen der üblichen Tanninpräparate. Die günstigen Erfahrungen beim ersten Fall veranlassten mich, gleich mit dreisteren Dosen vorzugehen, zunächst 3mal täglich 1 Messerspitze, später bis zu 3mal täglich 1 Theelöffel voll zu verabreichen. Das Präparat wurde, meist in Oblate, ohne die geringsten Reizerscheinungen und Nebenwirkungen vertragen. Der Erfolg war ein derartig eclatanter, dass die Zahl der Durchfälle, die bis dahin 7—11 pro Tag betrug, schon am folgenden Tage auf 2—3 herunterging. Die Stühle wurden nach weiteren drei Tagen nahezu geruchlos, dickbreiig, theilweise geformt; nach Ablauf von drei Wochen schienen sie kaum mehr von einem normalen abzuweichen. Eine dritte hier zu erwähnende Anwendung des Tannin-Thymol-Methan betraf einen 80jährigen Herrn mit chronischen Diarrhoen, bei dem regelmässig nach 2maliger Verabfolgung eines gestrichenen Theelöffels voll Substanz die Durchfälle für einige Zeit zum Stehen kamen".

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 25.)

Nephrolithiasis. **Aspirin als schmerzstillendes Mittel bei Nierensteinkolik** lernte Dr. Hornung (Schloss Marbach) schätzen. Eine herzmuskelkranke Dame erkrankte an heftiger Nierensteinkolik mit häufigem Erbrechen. Da andere Schmerzmittel nicht vertragen wurden, gab Autor, veranlasst durch die Beobachtung, dass dieses Mittel bei Darmkoliken, Magenschmerzen in Folge Ulcus ventriculi oder acuten Magenkatarrhs ausserordentlich schmerzstillend wirkt, auch hier 0,5 Aspirin. Nach 1/4 Stunde Nachlass der heftigen Schmerzen und des Erbrechens. Wirkung einige Stunden anhaltend, dann Wiederholung mit gleichem Erfolge. Es wurde 1—2mal täglich diese Dosis gereicht, nach sechs Tagen war der Anfall, nachdem Gries und kleine Steinchen, abgegangen, vorbei. — Auch nach anderer Richtung hin bot der Fall Interesse, indem er zeigte, dass bei der Prophylaxe der N. Werth auf reichliche körperliche Bewegung zu legen ist, was ja schon vielfach durch die Erfahrung bestätigt ist. Pat. konnte viele Jahre hindurch

wegen ihrer Herzaffection äusserst wenig sich bewegen. Während dieser Zeit hatte sie sehr häufig schwere Anfälle von N. Der Zustand des Herzens besserte sich dann, Pat. konnte weite Spaziergänge machen und hatte in dieser ganzen Zeit, obwohl sie keine Diaet innehielt, keinen Anfall mehr. Sie erkrankte an einer Bronchitis, die auch das Herz wieder in Mitleidenschaft zog. Mit den Bewegungen war es zu Ende, und nun trat erst ein leichter Anfall von Kolik auf, sodann der heftige, von dem oben die Rede war. (Münchner med. Wochenschrift 1907 No. 12.)

— **Druckschmerzhaftigkeit des Hodens bei Nierensteinen,** darüber lässt Dr. A. Bittorf (Medic. Univers.-Klinik Breslau) sich aus. „Das Ausstrahlen der Nierensteinschmerzen in den Hoden ist allgemein bekannt. Dagegen scheint nie auf eine dabei vielleicht vorhandene Druckschmerzhaftigkeit des Hodens geachtet worden zu sein. Es besteht nun während des Anfalls eine ausserordentlich erhöhte Empfindlichkeit des gleichseitigen Hodens für selbst geringen Druck. Mit Schwinden des Anfalls und der Kolikschmerzen verschwindet auch die Druckempfindlichkeit. Bestehen die Schmerzen vermindert fort oder ist durch Nierengriesbildung eine dauernde Nierenschmerzhaftigkeit vorhanden, so besteht meist geringere Hodenempfindlichkeit fort, die in ihrer Intensität der Schwankungen der Nierenbeschwerden parallel geht. Bedeutung erhält das Symptom bei rechtsseitigen Schmerzen, wenn nach Art der Schmerzen und sonstigem objectiven Befunde die Diagnose zwischen Gallensteinen und Nierensteinen schwankt. In einem solchen Falle spricht entschieden die gleichseitige Druckschmerzhaftigkeit des (sonst gesunden) Hodens für Nierensteine, wie ich wohl nach zwei anderen Beobachtungen schliessen darf. Die Ursache dieses Symptoms ist wahrscheinlich in einer Reizung des Plexus spermaticus zu suchen. Dieser zweigt sich ja entweder direct aus dem Plexus renalis ab, oder er entspringt mit diesem gemeinsam aus dem Plexus aorticus. So kann leicht ein Irradiiren der Schmerzen und Reizung von einem zum anderen übergreifen und stattfinden. Dies geschieht um so leichter, als das Geflecht in seinem Verlauf noch nahe Beziehung zum Ureter hat, der seinerseits leicht und häufig an den Nierensteinkoliken mitbetheiligt ist. Da der Plexus spermaticus beim Weibe entsprechend zu den Ovarien zieht, so wäre bei weiblichen Patienten eventuell deren Druckschmerzhaftigkeit zu prüfen.

Die Schmerzhaftigkeit beruht nicht in einer Hyperaesthesie der Scrotalhaut, sondern auf einer Zunahme der Empfindlichkeit des Hodens und Nebenhodens. Bei der geringen Zahl von Beobachtungen kann Autor nicht entscheiden, ob dieses Symptom bei Nierensteinen im Kolikanfall und bei Schmerzen constant, häufig oder selten ist. Seit er hierauf achtet, hat er es stets gefunden. Seine Wichtigkeit liegt in der Möglichkeit, rechtsseitige Nieren- und Gallensteinanfälle in manchen unklaren Fällen eher voneinander trennen zu können. Ferner sei an die mitunter sehr schwere Unterscheidung von Dickdarmaffectionen und Nierenerkrankungen erinnert. Auch in diesen Fällen kann vielleicht das Symptom recht wertvoll sein. Schliesslich scheint es auch bei den „Nierenschmerzen" der Nervösen, soweit er es prüfen konnte, zu fehlen. Trotz seiner Subjectivität ist es doch durch die Stärke der Schmerzäusserung, wenn es vorhanden ist, so charakteristisch, dass es fast als objectiv bezeichnet werden darf."

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 23.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. **Weitere Beiträge zur Frage der Tuberculose in der Schwangerschaft** liefert O. O. Fellner. Er beschreibt zwei Fälle von Tuberculose in der Schwangerschaft. Im ersten Falle entschloss sich Autor wegen vorgeschrittener Tuberculose im dritten Monat zum Abort. Patientin ging darauf nicht ein und im sechsten Monat, als Autor wieder gefragt wurde, war er gegen die Einleitung der Frühgeburt, da der Lungenprocess starke Fortschritte gemacht hatte und nicht anzunehmen war, dass Patientin die Frühgeburt überleben würde. Ein anderer College führte die Frühgeburt aus; Patientin erholte sich zunächst, starb aber am dritten Tage. Im zweiten Falle rieth Autor im dritten Monat der Schwangerschaft bei einer Frau, welche bereits nach einer Frühgeburt schweres Lungenödem durchgemacht hatte und derzeit an einer hochgradigen Tuberculose litt, zur Beendigung der Schwangerschaft. Patientin ging nicht darauf ein und erholte sich merkwürdiger Weise; bald nach der spontanen Frühgeburt starb sie aber. Dass die zweite Patientin sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft erholte, entspricht nicht der Regel. Die Regel bleibt wohl die abfallende Verschlechterung in der Schwangerschaft. Autor ist ferner der Ansicht, dass eine Entbindung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bei schweren Fällen das Leben der Mutter verkürzt. Man merkt es bei jedem

einzelnen schweren Falle, wie einige Tage nach der Entbindung eine rasch fortschreitende Verschlechterung Platz greift. Nichtsdestoweniger ist es natürlich möglich, dass hin und wieder ein Fall anders verläuft, wie es der zweite Fall beweist. Autor wendet sich ferner gegen A. von Rosthorn und Fränkl, welche sich in vorgeschrittenen Monaten der Schwangerschaft abwartend verhalten wollen und klimatische und Anstaltscuren empfehlen. Nach der Ansicht des Autors ist die Frau erst nach der Beendigung der Schwangerschaft unseren Heilbestrebungen zugänglich. Hinsichtlich der Larynxtuberculose meint Autor, dass man auch in leichten Fällen im Anfang der Schwangerschaft verpflichtet ist, diese zu beendigen. Wenn man eine Statistik auf genauer methodischer Untersuchung einer jeden Schwangeren aufbauen würde, dann würde wahrscheinlich auch die Kehlkopftuberculose einen Theil ihres Schreckens verlieren.

(Gynäkol. Rundschau 1907 No. 4. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1907 No. 44.)

— **Zur Saugbehandlung der Mastitis** betitelt sich eine Arbeit von K. Heil. Autor hatte vier Mal Gelegenheit, die Saugbehandlung bei puerperaler Mastitis in Anwendung zu bringen und machte die Erfahrung, dass durch frühzeitiges Einsetzen dieser Behandlung schwere Fälle verhütet werden. Besonders interessant ist Fall 1. An der linken Mamma befand sich bereits ein grosser Abscess, der eine ausgiebige Incision mit Gegenöffnung nöthig machte. An der rechten Mamma setzte sofort beim ersten Auftreten einer Röthung die Saugbehandlung ein und es kam nur zur Bildung eines kleinen Abscesses, der mit Einstich entleert wurde, rasch ausheilte und kaum eine sichtbare Narbe hinterliess. Die Heilungsdauer betrug in dem schwersten Falle 19 Tage. Autor benutzt eine grosse Saugglocke und eine Saugpumpe, saugt durch fünf Minuten und macht dann eine Pause von drei Minuten. Die Secretionsfähigkeit der Milchdrüse erleidet durch die Saugbehandlung keine Einbusse, sondern die Hyperaemie der ganzen Mamma kann nur secretionsbefördernd wirken. Jedenfalls soll stets bei den ersten Zeichen einer Brustentzündung sofort mit der Saugbehandlung begonnen werden.

(Gynäkol. Rundschau 1907 No 5. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1907 No. 44.)

— Max Nassauer: **Eingebildete Schwangerschaft und missed abortion.** Eine Frau mit allen subjectiven Erscheinungen einer Schwangerschaft des achten bis neunten

Monats (Ausbleiben der Periode, Uebelkeiten, Stärkerwerden des Leibes, Kindsbewegungen) kommt wegen öfters wiederkehrender, ganz geringer Blutungen zur Consultation. Die Untersuchung ergiebt ausser einem mässig vergrösserten Uterus keinerlei Schwangerschaftsanzeichen. Die Frau hatte schon öfters geboren und auch abortirt, ist in keiner Weise nervös und lässt sich trotz wiederholter Untersuchungen, wobei auch die Sonde angewendet wurde, nicht überzeugen, dass sie überhaupt nicht schwanger sei. Eine ganz junge Schwangerschaft ist nach den bestimmten Angaben des Ehemannes und der Frau absolut ausgeschlossen. Einige Tage nach den Untersuchungen wird eine lederharte, kleinbirngrosse Mole unter starker Blutung und unter ungemein heftigen Schmerzen ausgestossen. Diese Mole besteht aus völlig nekrotischem Gewebe; die noch vorhandene Eihöhle enthält keine Frucht. An der Hand dieses Falles erörtert der Vortragende die ganze Frage von missed abortion, im Anschluss an die darüber bestehende Literatur und einen weiteren eigenen Fall. In weiterer Folge spricht der Vortragende über „eingebildete Schwangerschaft“ und über eingebildete Krankheiten überhaupt. Er erörtert die Möglichkeit, dass öfters abgestorbene und dann retinirte, oder auch unbemerkt ausgestossene Früchte die anatomische Unterlage für die „Einbildung“ abgeben könnten und vielleicht abgegeben haben. Es wird die Mahnung daran geknüpft, bei sogenannten „eingebildeten Krankheiten“ noch mehr wie bisher nach anatomischen Ursachen zu forschen. Die fortschreitende Wissenschaft wird sicherlich immer mehr anatomische Unterlagen für solche eingebildete Krankheiten liefern. Insbesondere wird dieser Hoffnung in Bezug auf die armen Hysterischen Ausdruck verliehen. Die Erwähnung der Möglichkeit von missed abortion den eingebildet Schwangeren gegenüber wird auch in den Fällen, in welchen ein solcher anatomischer Vorgang nicht beobachtet werden konnte, als ein heilsamer Factor anzuwenden sein.

(Aerztl. Verein München, 27. II. 07. — Münch. med. Wochenschr. 1907 No. 23.)

Syphilis. **Arsenik bei S.** Paul Salmon hat eine Anzahl von Syphilitikern systematisch mit Arsenik behandelt und die besten Resultate — mindestens ebenso gute wie mit Quecksilber — erzielt; es wurden Injectionen mit Atoxyl ausgeführt und zwar, wie die vier angeführten Beispiele zeigen, bei frischer und secundärer Lues wie Gumma mit gleichem

Erfolg. Das Atoxyl hat vor Quecksilber und Jodkali den Vorzug, weder allgemein noch local toxische Erscheinungen hervorzurufen; S. hat bei seinen Patienten mit 3 g Atoxyl pro Woche keine Intoleranzerscheinungen beobachtet, local bewirkt es keine Induration, keinen Abscess o. A. m. Die Arsenikbehandlung der Syphilis wäre daher von grossem Interesse für die praktische Medicin.

(Société de biologie in Paris, 16. III. 07. — Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 22.)

— **Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf die S.** veröffentlichen P. Uhlenhuth, E. Hoffmann und K. Roscher (aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt und der Univers.-Klinik für Hautkrankheiten in Berlin). Auf die Angaben von Salmon hin, wonach Atoxyl in grossen Dosen „vollständige Heilung" der S. bewirken sollte, wurden nach dieser Richtung hin therapeutische Versuche an Syphilitikern angestellt, die mit Injectionen von 0,4—0,5 Atoxyl behandelt wurden. Es werden 11 Fälle beschrieben, die manche interessanten Momente darbieten. So hatten in dem einen Falle kleine Dosen Atoxyl keinen Einfluss auf die S. ausgeübt, während grosse Dosen sofort eine Wirkung erkennen liessen. In einem anderen Falle wurde die S. durch eine recht intensive Quecksilbercur nicht beeinflusst, während auf Atoxyl die Erscheinungen schnell reagirten. In einem anderen gegen Hg. recht hartnäckigen Falle war neben der Allgemeinwirkung der Injectionen (8 Injectionen à 0,5) auch der Einfluss einer localen Atoxylbehandlung auffällig, da die gepinselten (mit 10%iger Atoxyllösung) grossen Wucherungen eher verheilten, als die örtlich nur indifferent behandelten. Die Injectionen wurden mit einer 10%igen, zwei Minuten bei 100° sterilisirten Lösung intramusculär in die Glutaeen vorgenommen; sie werden alle zwei, später alle drei Tage gemacht. Locale Beschwerden wurden nicht hervorgerufen, wohl aber sonstige unangenehme Nebenwirkungen, von denen nur fünf Pat. ganz frei blieben. Von den anderen bekamen vier kolikartige, heftige, mit Appetit- und Schlaflosigkeit einhergehende Schmerzen, ein Pat. Durchfälle, ein Pat. Albuminurie mit Cylindern und rothen Blutkörperchen. Die Pat. fühlten sich aber dabei wohl und nahmen sämmtlich an Gewicht zu. Die günstige Wirkung des Atoxyls war besonders eclatant bei den drei Fällen von S. ulcerosa praecox (maligne S.), die sich Hg-Curen gegenüber nicht selten recht refractär erweist. Auch Früh-

syphilide reagirten auf das Mittel deutlich. Sowohl bei Schleimhautpapeln als auch bei den framboesiformen Ulcerationen erwiesen sich auch Atoxylpinselungen als wirksam. Schon jetzt lässt sich sagen, dass Atoxyl in genügend grossen Dosen auf syphilitische Krankheitserscheinungen eine unverkennbare Wirkung besitzt, welche bei den malignen Formen besonders eclatant hervortritt. Ein abschliessendes Urtheil über seinen Werth an Stelle und neben Quecksilber- und Jodpräparaten kann freilich noch nicht abgegeben werden. Bei bestehender Idiosynkrasie gegen diese Mittel und in Fällen, welche sich gegen sie refractär erweisen, darf Atoxyl schon jetzt als werthvolles Mittel zur Bekämpfung der S. betrachtet werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 22.)

— Ueber **Atoxyl bei S.** giebt auch Prof. O. Lassar (Berlin) sein Urtheil ab. Er war den grossen Dosen Salmon's gegenüber etwas misstrauisch und fragte Hallopeau (Paris) darüber an. Dieser drückte sich aber recht beruhigend aus und empfahl ebenfalls Dosen von 0,75—1 g. Lassar fährt dann fort: „Soweit bin ich allerdings nicht gegangen, denn wir verfügen noch über keinerlei sichere Theorie der physiologischen Reaction beim Atoxyl. Jedenfalls stellt diese Droge einen recht complicirten chemischen Körper dar, der nach Ehrlich und Bertheim das Mononatriumsalz der *p*-Aminophenylarsensäure bedeutet, mithin verschiedenartige Spaltungsvorgänge innerhalb der Blutbahn möglich macht. Soweit mein Urtheil — auch über die litterarisch bekannt gewordenen Fälle — reicht, ist durchaus nicht die Grösse der Arzneigabe an sich maassgebend, sondern vielmehr das Schicksal, welches sie im Organismus erfährt — wahrscheinlich abhängig von der grösseren oder geringeren Alkalescenz des Blutes. Sonst könnten nicht das eine Mal geradezu enorme Dosen anstandslos vertragen werden und wiederum verhältnissmässig kleinere zu Intoxicationserscheinungen führen. Dazu kommt die evidente cumulative Beeinflussung bei längerem Gebrauch — eine Erscheinung, die gebieterisch zur Sistirung der Anwendung auffordert, sobald sich auch nur geringe Störungen im Befinden zeigen. Mit diesen ungünstigen Erscheinungen ist stets zu rechnen und darum das Atoxyl keineswegs blindlings und kritiklos zu verabreichen. Mögen Hunderte von Applicationen ohne Schaden verlaufen, so bleibt doch stets die Möglichkeit vor Augen, dass einmal das Gegentheil eintritt. Nun erfolgt, soweit meine eigenen, jetzt

Jahre lang reichenden Erfahrungen besagen, die pathologische Erscheinung nicht plötzlich, sondern allmählich. Nach einer einzelnen Injection kann sich Pat. unbehaglich, beklommen, fiebrig fühlen. Er klagt über Schwindel und Allgemeinempfindungen der Nausea, wie sie sich nach einer leichten Intoxication auch sonst einfinden. Nach Fortlassung des Mittels jedoch stellt sich die Euphorie bald wieder her. Später mag die Cur dann in gleicher Art wieder aufgenommen werden. Dass es schwerlich rathsam sein wird, die Anhäufung im Körper rücksichtslos zu steigern, gilt gewiss jedem Arzt als selbstverständlich. Für alle Fälle aber stellt eine fortgesetzte Anwendung des Atoxyls keine indifferente Form der Therapie dar. Auch die jüngst unter meiner Aufsicht und gemeinsam mit meinem geschätzten Mitarbeiter Dr. Theodor Mayer gegen Syphilis behandelten mehr als 25 Patienten haben zum Theil über Uebelbefinden und Wallungen geklagt. Zuerst wurde die Anwendung nur langsam steigend und bei stationärem Krankenmaterial ausgeführt. Es stellte sich dann aber heraus, dass auch ambulatorisch grössere Gaben vertragen werden. Ein unliebsamer Zwischenfall ist nicht vorgekommen. Trotzdem sollte einem immerhin geheimnissvollen Mittel gegenüber eine gewisse Sorge uns nicht verlassen. Diese hielt auch nicht davon zurück, die von Salmon mehrfach angewendete Dosirung nachzuahmen. Hierzu war einstweilen umso weniger Anlass, als in der That auf 0,5 in 10%iger steriler Lösung dreimal wöchentlich die Erscheinungen der S. prompt zurückgingen, einerlei, ob es sich um frische oder ältere Fälle handelte. Es erscheint fast überflüssig hervorzuheben, dass für diese Beobachtungsreihe nur Fälle ausgesucht worden sind, die vorher überhaupt nicht, am allerwenigsten mit Quecksilber oder Jod behandelt waren. Wenn auch thatsächlich und wie von vornherein anzunehmen war, frühere Mercurialisirung dem Einfluss des neuen Mittels keineswegs Abbruch thut, so konnten in den Augen der Kritik nur in therapeutischer Hinsicht gänzlich unberührte Kranke einen stichhaltigen Beweis liefern. Dieser als solcher ist jedenfalls erbracht. Primäraffecte fallen nach einigen glutäalen Atoxyl-Injectionen — gerade wie nach Sublimateinspritzungen — der Resorption anheim. Das etwa bereits bestehende Exanthem blasst bis zur Unsichtbarkeit ab. Papeln verlieren ihre Röthung, zeigen unter Schwund des plastischen Exsudats nachweisbare Abflachung und typische Bräunung (regressive Metamorphose). Ulcerationen schliessen sich

unter Ueberhäutung. Annuläre Syphilide trocknen ein, und gummöse Infiltrate weichen der Behandlung in gleichem Sinne. So stellten sich, — soweit dies sich in kurzem Zeitraum überhaupt erkennen lässt — die verschiedenen Entwickelungsstadien in Bezug auf die therapeutische Reaction gleichartig dar. Dieses Verhalten ist also der Mercureinwirkung durchaus entsprechend, die den Ansteckungsherd ebenso wie die Zwischen- und Enderscheinungen, soweit sie überhaupt noch angreifbar sind, vertilgen kann. Somit hätten wir neben der hergebrachten Behandlungsweise im hochdosirten Atoxyl ein weiteres specifisch wirkendes Mittel erhalten. Jedenfalls ein grosser Fortschritt von weit ausschauender theoretischer und möglicher Weise auch praktischer Tragweite. Gegenüber einer Stagnation von Jahrhunderten, die sich lediglich auf empirisch Hergebrachtes stützen musste, jetzt eine in wissenschaftlicher Erkenntnissüberlegung fussende neue Wendung. Wohin uns diese führen wird, kann erst durch zahlreiche und fortgesetzte Studien entschieden werden. Ein Universalmittel scheint das Atoxyl kaum zu sein. So war z. B. der Heilverlauf bei einem Bruchtheil der Pat. nur langsam fortschreitend. Bei anderen wieder ist er auffallend prompt zu Stande gekommen. Nur in einem Falle von specifischer Iritis blieb der Erfolg einstweilen aus. Da sich auch im zweiten Auge Reizsymptome anzeigten, wäre ein weiteres Abwarten bedenklich gewesen. Einige Inunctionen führten dann auch bald zum Ziel. Aus einzelnen Fällen lässt sich allerdings in der Medicin nur selten ein bindender Schluss ziehen. Erleben wir es doch auch sonst ab und zu, dass syphilitische Iritiden den wohl erprobten Regeln der Kunst eine ungewöhnliche Hartnäckigkeit entgegensetzen. Ueberhaupt möchte es vermessen erscheinen, nach wenig Wochen oder auch Monaten ein Urtheil darüber zu formuliren, inwieweit das Atoxyl vom rein ärztlichen Standpunkt aus einen Vorzug verdient oder nicht. Ob es coupirend, durchgreifend, nachhaltig wirkt, lässt sich wohl erst nach Jahren vereinbaren."

(Berliner medicin. Gesellschaft, 15. Mai 1907. — Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 22.)

Typhus. Weitere Antworten auf die **Umfrage über die Bäderbehandlung und die medicamentöse Behandlung des T.** (s. die vorige Nummer). Geheimrath Prof. Dr. W. Erb (Director der medicinischen Klinik in Heidelberg).

1. An meiner Klinik wird das Hauptgewicht bei der Behandlung des Typhus auf die möglichst sorgfältige Pflege

des Kranken gelegt, im weitesten Sinne des Wortes: in Bezug auf Zimmer, Luft, Bett, Ruhe, Reinlichkeit, Haut- und Mundpflege, Kühlung des Kopfes, Schutz vor Schädlichkeiten und Complicationen, allerleichteste flüssige Nahrung etc. Als einen integrirenden und geradezu unerlässlichen Bestandtheil dieser Pflege betrachte ich die Bäderbehandlung; nicht als antifebrile Methode, sondern wegen ihrer vielseitigen Wirkung auf die Haut und ihre Reinhaltung, auf die Hautnerven und Hautgefässe, wegen ihrer Wirkung auf die Körpertemperatur, die Vasomotoren, das Herz, die Circulation und Respiration und nicht zum Wenigsten auf das Nervensystem. Schliesslich auch wegen ihres tausendfach festgestellten günstigen Einflusses auf den Gesammtkrankheitsverlauf. Wir wenden fast ausschliesslich die v. Ziemssen'schen lauwarmen (mit 32—33° C. beginnenden), während der Badedauer (10—15 Minuten) durch Eis etc. abgekühlten Vollbäder an; die Abkühlung wird je nach Bedarf und der Eigenart des Falles bis auf 28°—24° bis selbst 20° C. gesteigert, und darnach werden die Kranken in üblicher Weise im Bette versorgt, unter Vermeidung jeder Anstrengung für dieselben. Solche Bäder werden — wenn nicht eine der bekannten Contraindicationen: Intoleranz der Kranken und ganz mangelhafte Reaction derselben, Darmblutung, Darmperforation oder dergl. vorliegt — bei allen Typhen regelmässig gegeben: in den leichtesten Fällen nur einmal, in mittelschweren mindestens zwei Mal täglich, in schweren Fällen auch 3—4 Mal und öfter. Als eigentlich antifebriles Mittel gebrauche ich die Bäder nur sehr selten; nur bei sehr hohen, bedenklichen Temperaturen mit bedrohlichen Collapserscheinungen wird gelegentlich einmal von den kühleren — kalten Bädern Gebrauch gemacht und ihre Wirkung durch nachfolgende Darreichung irgend eines Antipyreticums (Antipyrin, Phenazetin, Lactophenin, Pyramidon) vertieft und verlängert. Bei bestimmten Indicationen: schwerer Bronchitis, hypostatischer Pneumonie, mangelhafter Respiration und Expectoration, bei schweren Gehirnerscheinungen, hochgradigem Status typhosus wird die Wirkung der abgekühlten Bäder durch energische kalte Begiessung des Kopfes und Nackens verstärkt. Ich glaube, mit dieser Art der Bäderbehandlung des Typhus vollkommen zufrieden sein zu dürfen und habe mich nie zur Anwendung ganz kalter Bäder, noch weniger zu ihrer Anwendung während der Nachtstunden entschliessen können.

2. Die Arzneibehandlung des Typhus spielt bei uns gegenüber der allgemeinen Pflege und den Bädern eine relativ untergeordnete Rolle. Alter Gewohnheit folgend, geben wir in der ersten Krankheitswoche meist eine grössere Dosis Calomel, von dem auch ich den Eindruck einer relativ günstigen Wirkung habe. — Von der direct antifebrilen Behandlung sind wir mehr und mehr zurückgekommen, nachdem wir den grössten Theil der so vielfach angepriesenen modernen Antipyretica versucht haben, ohne von dem Erfolg derselben sonderlich befriedigt zu sein; nur gelegentlich noch werden sie bei sehr hohen Temperaturen, mit oder ohne Verbindung mit kalten Bädern, verabreicht. Das einzige Mittel, das wir in den meisten Fällen, etwa vom elften oder zwölften Tage an, zu geben pflegen, ist das Chinin in der von mir vor einigen Jahren in der „Th. d. G.“ Januar 1901 empfohlenen und begründeten Weise (jeden zweiten Abend oder mehrere Abende hintereinander eine grössere Dosis, 1—2,0 Chin. mur., in zwei Theilen). Mit dem Erfolg dieser Therapie bin ich auch heute noch, bei reicherer Erfahrung, sehr zufrieden; dieselbe bringt besonders in den mittelschweren Fällen, oft plötzlich einen günstigen Umschwung in den ganzen Krankheitsverlauf und leitet die Defervescenz ein. — In den schweren Fällen lässt sie freilich auch oft im Stich, aber es kann dann manchmal noch durch eine Verstärkung und raschere Wiederholung der Dosen eine günstige Wirkung erzielt werden. Für alle Details dieser Methode verweise ich auf den citirten kleinen Artikel, in dem ich mich auch etwas ausführlicher über die Bäderbehandlung ausgesprochen habe.

(Medicin. Klinik 1907 No. 11.)

(Fortsetzung folgt.)

Vermischtes.

— Ueber **Benzosalin** theilt Dr. R. Freund (Hansasanatorium Danzig) seine Erfahrungen mit. Ursprünglich wurde das Mittel aus der Leyden'schen Klinik als neues Salicylpräparat empfohlen und als dessen besonderer Vorzug hervorgehoben, dass es nie Störungen des Verdauungstraktes, der Nieren und des Herzens hervorruft. Diese letzte Eigenschaft veranlasste den Autor, das Präparat an einigen Herzkranken zu prüfen, zumal bei allen anderen

Salicylpräparaten sich leicht Störungen von Seiten des Herzens zeigten, welche sich meist als Druck in der Herzgegend den Pat. subjectiv fühlbar machten. Zunächst wurde das Mittel von Freund bei Herzgesunden angewandt, und zwar stets mit zufriedenstellendem Erfolge: bei Neuritis, chronischem Gelenkrheumatismus, lancinirenden Schmerzen der Tabiker, Polyneuritis. In keinem Falle traten unangenehme Nebenwirkungen ein; das Mittel wurde auch stets gern genommen, und immer machte sich die schmerzstillende Wirkung geltend. Dann folgten Herzkranke. Benzosalin wurde selbst bei ausgesprochenen Herzstörungen gut vertragen. Das ist wohl der Benzoësäure zu danken, welche als Herztonicum wirkt und dadurch die unangenehme Wirkung der Salicylsäure corrigirt. Autor zieht daher das, zudem billige Mittel bei Pat mit empfindlichem Magen und schwacher Herzthätigkeit den anderen Salicylpräparaten vor. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 9.)

— **Fachausdrücke aus der neueren Immunitätslehre**, von Oberstabsarzt Dr. Dieudonné. (Fortsetzung.)

Immunitätseinheit, abgekürzt: **I. E.** Maass zur Bewerthung des Diphtherieserums und anderer Serumarten; beim Diphtherieserum diejenige Menge, die eine für Meerschweinchen 100fache tödtliche Dosis Toxin unschädlich macht (s. Normalserum).

Immunkörper. Thermostabiler Bestandtheil der Bakteriolysine und Haemolysine (s. Ambozeptor).

Immunserum. Durch Injection der verschiedensten Antigene (s. d.) gewonnenes Serum, das specifisch (bakteriolytisch, antitoxisch etc.) auf die betreffenden Antigene wirkt.

Inactivirung eines Serums. Durch Erwärmen auf 65° wird die lytische Kraft eines Serums aufgehoben in Folge Zerstörung der thermolabilen Alexine oder Komplemente; durch Zusatz von frischem, normalem Serum wird die Wirkung wieder hergestellt, das Serum wird reactivirt (s. Ambozeptor).

Isolysine s. Haemolysine.

Koaguline s. Praecipitine.

Komplement (Ehrlich). Thermolabiler Bestandtheil des bakteriolytischen und haemolytischen Serums, Syn. Alexin, Cytase, hat die eigentliche abtödtende und auflösende Wirkung. Nach Ehrlich hat das K. eine haptophore und eine zymophore (zymotoxische) Gruppe, welche die Trägerin der lytischen Wirkung ist. Beim Erwärmen

geht diese Gruppe zu Grunde, während die haptophore Gruppe erhalten bleibt. Diese inactivirten K., die wohl noch die Fähigkeit der Bindung, aber keine auflösende Kraft besitzen, heissen Komplementoide. Durch Injection von Komplement, also normalem Serum bei anderen Thieren erhält man Antikomplement, welches die Komplementwirkung aufhebt; auch nach Injection von Komplementoiden erhält man Antikomplement.

Komplementablenkung (Neisser und Wechsberg). Bei Einverleibung grosser Ueberschüsse von Ambozeptoren (s. d.) im Immunserum werden die im normalen Körper vorhandenen Komplemente (s. d.) verhindert, mit den Bakterien in Berührung zu treten, so dass kein Schutz, sondern sogar erhöhte Empfänglichkeit besteht.

Komplementbindung [Fixierungsreaction] (Bordet, Gengou und Moreschi). Beim Zusammentreffen der Antikörper (Bakteriolysine, Haemolysine, Praecipitine u. a.) mit ihren Antigenen (Bakterien, Blutkörperchen, Eiweisssubstanz) wird das Komplement gebunden. Man kann also durch die Bindung des Komplements in einem Gemisch der Bakterien und des betreffenden Immunserum oder von praecipitirendem Serum und praecipitabler Substanz (z. B. menschliches Eiweiss) auf die Anwesenheit des Antikörpers schliessen. Die Bindung des Komplements wird durch Zusatz von Blut und inactivirtem haemolytischem Serum festgestellt. Das Ausbleiben der Haemolyse bedeutet die Bindung, also die Anwesenheit des Antikörpers in dem zu untersuchenden Serum, eintretende Haemolyse zeigt an, dass keine Antikörper oder nur in geringer Menge vorhanden sind.

Komplementoid s. Komplement.

Komplementophile Gruppe (Ehrlich) s. Ambozeptor.

Lo, L † (Ehrlich). Limes, Bezeichnung aus der Prüfungstechnik des Diphtherieserums.

Lo: die Giftdosis, welche durch eine Immunisirungseinheit, J. E. (s. d.), Heilserum genau neutralisirt wird, so dass das mit der Mischung gespritzte Thier vollkommen gesund bleibt.

L † (todt): tödtlicher Giftüberschuss, die Giftdosis, bei welcher trotz Zusatz von 1 J. E. noch so viel Gift im Ueberschuss vorhanden ist, dass Meerschweinchen am vierten Tage an der Vergiftung eingehen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 48.)

(Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Erscheint am Anfang eines jeden Monats. № 12. Preis des Jahrgangs 5 Mk. excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

September XVI. Jahrgang 1907

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. **Ueber ein neues Desinfectionsverfahren mit Formalin auf kaltem Wege** machten Dr. R. Dörr und Dr. R. Raubitschek (bakteriolog. Laboratorium des k. k. Militärsanitätscomités in Wien) Mittheilung. Auch mit Autan ist noch kein ideales Desinfectionsverfahren gegeben; vor Allem ist das Präparat zu theuer und hat oft versagt, was wohl zum Theil an seiner wechselnden Zusammensetzung liegt. Evant und Russel haben nun gefunden, dass beim Uebergiessen von reinem übermangansaurem Kali mit der doppelten Menge Formalin eine stürmische Entwickelung von Formaldehydgas stattfindet; die Masse schäumt unter starker Erhitzung auf, stösst dichte Schwaden von Formaldehydgas aus, und nach fünf Minuten ist die Reaction beendet. Es lag auf der Hand, dass dies Verfahren, welches in Amerika bereits ausgedehnte Verwendung findet, nicht nur alle Vorzüge des Autanverfahrens besitzt, vor Allem die Entbehrlichkeit der Apparate und die Vermeidung von Feuersgefahr, sondern dass es geradezu die beste Lösung der Formalinfrage repräsentirt. Die Reagentien Formalin und übermangansaures Kali sind von constanter Zusammensetzung, überall erhältlich und billig, die Handhabung mindestens ebenso einfach wie beim Autan. Es wurden nun praktische Versuche gemacht. Diese ergaben, dass in der von den Amerikanern empfohlenen Form der bakterieide Effect nicht befriedigend war. Schuld daran waren offenbar nicht ausreichende Vernebelung von Wasserdampf und entstehende Polimerisation. Erhöhte man aber die Menge Kaliumpermanganat auf's Doppelte, so konnte man

das Formalin mit dem gleichen Volumen Wasser verdünnen, die Vernebelung erfolgte dann restlos, es trat völlige Wassersättigung der Luft ein und der desinfectorische Effect war sehr zufriedenstellend; allerdings musste auch mit den Formalinmengen erheblich gestiegen werden. Es sind für 100 ccm 2 kg Kaliumpermanganat, 2 kg Formalin und 2 kg Wasser nöthig. In ein oder besser mehrere recht grosse Gefässe aus Metall (Blecheimer, Kochkessel, Badewannen, alte Fässer) wird zunächst das Kaliumpermanganat hineingeschüttet, sodann das Formalinwassergemisch. Man verlässt dann das Local rasch, schliesst die Thür und dichtet sie, wenn nöthig, von aussen ab (da die Masse sehr aufschäumt, darf man in ein 25 L. fassendes Gefäss nicht mehr als je 1 kg von jedem Reagens einfüllen). Nach sechsstündiger Einwirkung ist die Desinfection beendet, die Thüren werden geöffnet und Ammoniak entwickelt (mit dem Beyer'schen Ammoniakentwickeler). Das Verfahren ist mehr als siebenmal billiger als das Autanverfahren, und jeder Landarzt kann es bequem bewerkstelligen, resp. von einem intelligenten Laien ausführen lassen. (Wiener klin. Wochenschrift 1907 No. 24.)

— **Autan**, das neue Raumdesinfectionsmittel*), hat Privatdocent Dr. H. Hammerl (Hygien. Institut Graz) zu Versuchen benützt. Diese fielen nicht günstig aus, es ergab sich im Vergleich zur Formolzerstäubungsmethode eine zweifellose Minderwerthigkeit des Autanverfahrens, das ausserdem sehr theuer ist, wie folgende Zusammenstellung zeigt:

Rauminhalt des Zimmers	Autan	Formol
20 cbm . .	Mk. 3.25	ca. Mk. —.50
40 „ . .	„ 6.25	„ „ —.75
60 „ . .	„ 9.—	„ „ 1.10
80 „ . .	„ 12.—	„ „ 1.25
100—110 cbm	„ 14.50	„ „ 1.70
175 „	„ 24.—	„ „ 2.50

Nach Ansicht des Autors befindet sich das Autanverfahren gegenwärtig noch nicht in einem für die allgemeine Einführung spruchreifen Stadium.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 23.)

— Zu entgegengesetzten Resultaten kommt Districtsarzt Dr. Fr. Futsch (Unterlangendorf) in einer Arbeit: „**Das Autan in der Landpraxis**". Seine Versuche ergaben die prompte

*) S. Excerpta, d. J. S. 201.

Wirksamkeit des Autans, in dem wir ein „vollständig verlässliches Desinfectionsmittel“ besitzen. Das Verfahren zeichnet sich ferner durch grosse Einfachheit und, wenn man alle Umstände berücksichtigt (kein Apparat nöthig, Transportkosten fallen weg etc.) Billigkeit aus, sodass man ihm die günstigste Prognose stellen kann.

(Wiener med. Presse 1907 No. 22.)

— **Ueber eine einfache, trockene Entkeimungsmethode der menschlichen Haut** schreibt Dr. Wederhake (Düsseldorf): „Die bekannten Nachtheile, die das Tragen der Handschuhe aus Gummi mit sich bringt, veranlassten mich, immer wieder nach einem Mittel zu suchen, das die Haut in dünner, aber sicherer Schicht decken sollte. Harze hierzu zu verwenden, halte ich nach meinen hierauf gerichteten Versuchen nicht für zweckmässig, da sie auf die Dauer die Haut des Operateurs reizen, wenn dies auch individuell sehr verschieden ist. Ich kam deswegen auf den Kautschuk, der vor anderen Deckmitteln den grossen Vortheil der Elasticität hat. Er ist zweifellos das zweckmässigste Mittel dieser Art. Mancherlei Schwierigkeiten stellten sich dem praktischen Gebrauch in den Weg. Denn einfache Lösungen von Kautschuk kleben entweder, wenn sie auf die Haut aufgetragen werden, oder sie schmieren, sodass ihr Gebrauch unleidlich wird. Auch das Gaudanin vermag diese Unannehmlichkeiten nicht zu besiegen. Ausserdem ist die Gaudanindecke so leicht verletzlich und lässt sich so leicht von der Haut durch die chirurgischen Manipulationen abreiben, dass ihr keine praktische Bedeutung zukommt. Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es der Fabrik medicinischer Verbandstoffe Dr. Degen und Kuth in Düren nach meinen Angaben den Kautschuk in eine so zweckmässige Lösungsform zu bringen, dass man mit ihm eine feine, fast unsichtbare Kautschukdecke auf der Hand resp. der Haut des Kranken herstellen kann, die allen chirurgischen Maassnahmen Stand hält und die Haut bakteriensicher von dem Operationsfelde trennt. Damit haben wir ein Präparat gefunden, welches im Stande ist, die Gummihandschuhe, deren Nachtheile ein jeder kennt, der viel damit gearbeitet hat, vollständig zu ersetzen. Diese Decke ist aber auch berufen, zum ersten Mal eine Händedesinfectionsmethode zu bringen, die uns eine garantirt bakterienfreie Hand schafft, so weit wir sie zu unseren chirurgischen Eingriffen nothwendig haben.

Die neue Desinfectionsmethode der Hände resp. des Operationsfeldes geschieht nun folgendermaassen:

1. Ohne Benutzung von Wasser und Seife wäscht man seine Hände 5 Minuten in einer Lösung von 1 Jod in 1000 Tetrachlorkohlenstoff mittelst Bürste oder rauhen Tupfers und überzieht dann

2. die Hände mit meiner von Dr. Degen und Kuth beziehbaren Kautschuklösung so, dass man Acht giebt, dass keine Hautstelle von der Kautschuklösung unbedeckt bleibt. Das Ueberziehen mit Kautschuk geschieht so, dass man sich die Lösung in die Handflächen giessen lässt und dann die Lösung sorgfältig auf der Oberfläche der Haut durch waschende Bewegungen vertheilt. Da die Lösung keine feuergefährlichen Lösungsmittel enthält, kann sie auch im Privathause in der Nähe des Ofens gebraucht werden. Die Lösung selbst ist steril, da sie ein starkes Antisepticum (Jod) enthält, kann aber auch durch Kochen nachsterilisirt werden. Sie hat den grossen Vortheil, nicht zu kleben und zu schmieren. Sie widersteht allen Unbilden, welche unsere chirurgische Thätigkeit erfordert, vorausgesetzt, dass man die Hände nicht mit einem kautschuklösenden Mittel, wie Tetrachlorkohlenstoff, Benzin, Chloroform u. dgl., in Berührung bringt. Sie reizt auch bei längerem Gebrauche die Haut in keiner Weise. Die mit der Lösung erzielte Decke ist elastisch, so dass sie den Bewegungen der Hand folgt, ohne zu zerreissen. Ein Einreissen, wie es beim Gebrauche der Handschuhe nicht selten eintritt, kommt daher kaum vor. Die Decke ist so dünn, dass sie kaum bemerkbar ist. Sie beeinträchtigt also das Gefühl in keiner Weise. Ein Ansammeln von Bakterienschlamm, wie er namentlich dann in den Handschuhen auftritt, wenn die Handschuhe nass angezogen werden, ist vollständig unmöglich. Nach Beendigung der Operation lässt sich die Kautschukdecke durch einen mit Tetrachlorkohlenstoff getränkten Tupfer leicht und vollständig wieder entfernen.

Wegen des in der Kautschuklösung enthaltenen Jods ist die Lösung nicht nur steril, sondern hat sogar starke antibakterielle Eigenschaften."

(Centralbl. für Chirurgie 1907 No. 28.)

Appendicitis. **Ueber ein diagnostisches Symptom bei A.,** das Dr. M. Blumberg (Berlin) seit ca. 1½ Jahren beobachtet hat, bringt er eine vorläufige Mittheilung, in der es heisst: „Der Schmerzempfindlichkeit der erkrankten

Bauchpartieen wird bei der Appendicitisdiagnose stets grosse Aufmerksamkeit zugewandt, und so urtheilt ein so erfahrener Diagnostiker wie Kraus: „Gerade die Schmerzphänomene scheinen mir geeignet .... als Leitsymptome nicht bloss der chronischen, sondern auch der acuten appendiculären Processe, speciell auch aller Appendicitisanfälle dienen zu können“ (Verhandl. d. Berl. med. Gesellschaft 1906, p. 171). Von besonderer Wichtigkeit ist der Druckschmerz, welcher bei Druck auf das erkrankte Organ ausgelöst wird; bei Nachlassen des Druckes wird der Schmerz geringer und verschwindet gewöhnlich, sobald die palpirenden Finger sich vom Abdomen entfernt haben. Ganz andere mechanische Verhältnisse liegen jedoch vor, wenn die palpirende Hand nicht — wie es wohl in der Mehrzahl der Fälle geschieht — allmählich vom Abdomen abgezogen wird, sondern wenn sie von der eingedrückten Stelle des Leibes sich plötzlich abhebt, d. h. also, wenn der Druck plötzlich aufhört. Während im ersteren Falle im Wesentlichen nichts weiter geschieht, als dass das gedrückte intraabdominelle Organ vom Druck befreit wird, kommt im zweiten Falle zu diesem Moment ein neuer Factor hinzu: Bei der grossen Elasticität der Bauchwand schnellt die eingedrückte Partie derselben mit einer gewissen Kraft zurück und es wird dadurch dieser Theil der Bauchwand sowie seine Umgebung und hiermit ein Theil des Peritoneums resp. der Serosa der Därme erschüttert. Das gesunde Peritoneum ist, wie von Operationen her bekannt, nicht (oder wenig) schmerzempfindlich, das entzündete dagegen sehr schmerzhaft. Es ist daher schon a priori wahrscheinlich, dass bei dem plötzlichen Nachlassen des Druckes das frisch entzündete Peritoneum mit einem heftigen Schmerz reagirt. Da nun ganz verschiedene Wirkungen ausgeübt werden beim Druck einerseits und beim plötzlichen Abheben der palpirenden Hand andererseits, so ist es meines Erachtens nöthig, diese beiden Momente in ihrer schmerzauslösenden Wirkung stets getrennt zu betrachten, d. h. zunächst einen Druck auf die zu untersuchende Stelle des Abdomens auszuüben und den Pat. zu fragen, ob es schmerzt, dann nach erhaltener Antwort die palpirende Hand plötzlich abzuheben und nun sich von dem Pat. sagen zu lassen, ob im Moment des Abhebens es geschmerzt habe, resp. welcher Schmerz grösser gewesen sei. Ich möchte nun hier in dieser vorläufigen Mittheilung nur kurz darauf hinweisen, dass ich seit längerer Zeit bei allen Fällen meines Materials, wo

eine frische Erkrankung des Peritoneums oder aber eine neue Attacke einer alten Entzündung des Peritoneums aus den klinischen Erscheinungen resp. aus dem Befunde bei der von mir vorgenommenen Laparotomie angenommen werden musste, einen überaus heftigen Schmerz bei plötzlichem Abheben der palpirenden Hand constatirte, die Pat. verzogen momentan schmerzhaft das Gesicht. Die Pat. gaben im frischen Anfall mit Bestimmtheit an, dass der Schmerz beim plötzlichen Abheben der Hand grösser sei, als beim Druck; bei weniger heftigen entzündlichen Erscheinungen am Peritoneum war der Schmerz beim plötzlichen Abheben der Hand gleich gross wie beim Druck, bei Fortschreiten der Heilung beim Abheben kleiner als beim Druck, um schliesslich beim Abheben nur noch andeutungsweise (wohl bei sich bildenden kurzen Adhaesionen) bestehen zu bleiben oder ganz zu verschwinden, während er dann (wie bei den chronischen Fällen) nur auf Druck vorhanden war. Die Methode lässt sich mit grösster Exactheit anwenden, da es sich ja nicht um die Beurtheilung der Grösse eines Schmerzes handelt, sondern um den Vergleich der Intensität zweier Schmerzen, und diese Angabe wird von den Pat. sehr zuverlässig gemacht. Man könnte mir erwidern, die Entzündung des Peritoneums liesse sich allein schon durch die Druckschmerzhaftigkeit der betroffenen Partien erkennen. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass dies bei weit ausgebreiteten peritonealen Processen wohl zutreffen kann, keineswegs aber bei den Fällen, wo es sich um möglichst frühzeitige Indicationsstellung zur Frühoperation handelt, denn hier ist es von grossem Werth, den Uebergang des Krankheitsprocesses auf's Peritoneum schon festzustellen zu einer Zeit, wo nur die nächste Nachbarschaft der Appendix entzündet ist; in diesem Stadium ist es aber selbstverständlich nicht möglich zu entscheiden, ob der Druckschmerz auf die (in ihrer Lage recht variable) Appendix zu beziehen ist oder auf das Bauchfell. Und hier giebt die beschriebene Untersuchungsmethode rasch Aufklärung. Da das Symptom peritonealen Ursprungs ist, so ist es nicht nur bei Appendicitis vorhanden, sondern auch bei anderen Processen, die mit einer Entzündung des Peritoneums einhergehen; ich erwähne speciell peritonitische Processe bei Adnexerkrankungen, ferner — in schwachem Maasse — kurz nach Laparotomien an der Bauchnaht, wenn eine leichte Reizung des Peritoneums in der Umgebung der Peritonealnaht vorauszusetzen ist, u. A. Auf die Beeinflussung, bezw. Modification des Symptoms durch

höhere Grade von Enteroptose kann ich hier vorläufig nicht näher eingehen, ebenso auf die Bedeutung für die differentielle Diagnose des Ileus. Seitdem ich auf das Symptom geachtet habe, hat es mir sehr gute Dienste geleistet, indem ich ihm die frühzeitige Erkennung der Schwere der Erkrankung und wichtige Hinweise bezüglich der Therapie in operativer wie conservativer Beziehung verdanke. Das Auftreten des Symptoms ist ein — leicht zu erkennendes — Warnungssignal, das besonders dann auf Gefahr hinweist, wenn das Phänomen sehr plötzlich und rasch nach Auftreten der Erkrankung sich zeigt; sein allmähliches Abklingen der Intensität wie Extensität nach ist ein beruhigendes Zeichen, dass der peritoneale Process im Rückgang begriffen ist. Die Vortheile der oben beschriebenen Untersuchungsmethode — über die ich in der mir zugänglichen Litteratur keine Angaben gefunden habe — bestehen darin, dass das Symptom in einfachster Weise das Fortschreiten des appendicitischen Processes erkennen lässt, dass es auch von dem wenig Geübten sehr leicht festzustellen ist, und dass es Rückschlüsse auf die Heftigkeit des entzündlichen Processes an jeder bestimmten Stelle des Peritoneums gestattet.

(Münchener med. Wochenschrift 1907.)

— **Zur Pathologie und Therapie der Blinddarmerkrankungen** kommt A. Albu (Berlin) auf Grund der Beobachtung von 178 Fällen acuter und 315 Fällen chronischer Blinddarmentzündungen in einem Zeitraum von 10 Jahren zu folgenden Schlüssen:

1. Alle Fälle acuter Blinddarmentzündung, welche sich durch Zeichen peritonitischer Reizung als schwere manifestiren oder verdächtig erweisen, müssen, so bald als möglich, operirt werden. Der Zeitpunkt der Operation wird von dem Eintritt der ersten wahrnehmbaren Warnungssymptome der drohenden Peritonitis bestimmt.

2. Es giebt eine grosse Zahl acuter Blinddarmentzündungen, welche in wenigen Tagen von selbst sich zurückbilden und zur Heilung führen, in vielen Fällen auch nachweislich für die Dauer.

3. Zu einer grundsätzlichen Frühoperation aller Fälle acuter Blinddarmentzündung liegt keine Berechtigung vor.

4. In leichten Fällen sind die Gefahren der Krankheit nicht grösser als die der Operation.

5. Bei der Frühoperation in den ersten 24—48 Stunden müssen naturgemäss zahlreiche Fehldiagnosen unterlaufen,

weil die Krankheitserscheinungen in dieser Zeit, namentlich bei leichten Fällen nicht bestimmt ausgeprägt sind.

6. Die Statistik der Frühoperation hat keinen ausschlaggebenden Werth, weil sie, von Fehldiagnosen ganz abgesehen, auch die leichtesten Fälle mit einschliesst.

7. Das Vorhandensein einer Appendicitis kann nur angenommen werden, wenn der Wurmfortsatz sich makroskopisch verändert zeigt.

8. In der Behandlung der Perityphlitis, auch der leichten Fälle, ist die Anwendung von Opium und Abführmitteln zu verwerfen.

9. Bei chronisch intermittirender und remittirender Perityphlitis ist die Operation stets indicirt und zwar um so früher, je schwerer ein Anfall oder die sich daran anschliessenden Beschwerden gewesen sind.

10. Bei schleichender chronischer Appendicitis ist die Operation anzuraten, wenn ein objectiver Krankheitsbefund (constante Resistenz und Druckempfindlichkeit an typischer Stelle) nachweisbar ist.

Wenn aber nur subjective Beschwerden bestehen, so ist stets ein längerer Versuch mit interner Therapie (zeitweise Ruhelagerung, hydro- und balneotherapeutische Proceduren etc.) angezeigt, welche in solchen leichten Fällen oft dauernde Heilung bringt.

(**Mittheilungen aus den Grenzgebieten Bd. 17, Heft 3/4**)

Combustio. Die Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung würdigt Dr. R. Müller (Elberfeld). Protargol regt mächtig die Epithelregeneration an. Autor hat eine Reihe von Fällen gesehen und behandelt, bei denen so grosse Epitheldefecte vorlagen, dass deren Heilung ohne Transplantation völlig aussichtslos schien, die jedoch unter Protargolsalbenverbänden glatt heilten. Wo es sich darum handelt, *oberflächliche* Epitheldefecte zur Heilung zu bringen, da wirkt Protargolsalbe geradezu specifisch. Bei flachen Hautabschürfungen, auch ganz grossen Hautabschälungen, bewährte sie sich ausgezeichnet, ebenso bei Verbrennungen, wenn sie nach Abstossung der Schorfe applicirt wird. Ein 5½jähriges Kind verbrühte sich schwer das ganze linke Bein, sodass die Haut überall in Fetzen herabhing; Behandlung mit 5%iger, später 10%iger Protargolsalbe ergab ein glänzendes Resultat nach vier Wochen. Gleicher Effect bei einer Verätzung des ganzen Gesichts und Halses durch concentrirte Schwefelsäure bei einem Arbeiter. Die

Salbe muss freilich sorgfältig hergestellt werden nach der Formel:

Rp. Protargol. 3,0, solv. in
Aq. dest. frig. 5,0 misc. c.
Lanolin. anhydr. 12,0 adde
Vasolin. flav. 10,0.

Sie wird allmählich bräunlich, aber dies Nachdunkeln hat nichts zu bedeuten. (Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 11.)

Ekzem. Einen **Fall von acutem E. nach Gebrauch des Haarwassers „Javol"** erlebte Dr. B. Klose (Berlin). Pat. hatte dreimal den Kopf damit eingerieben, wobei auch die Flüssigkeit an der Stirn herablief. Da zeigte sich ein heftiges E. am Kopf und Gesicht, das sich schon nach der ersten Application zu entwickeln begonnen hatte. Es dürfte also rathsam sein, bei Kopf- und Gesichtsekzemen auch an den Gebrauch von Javol zu denken.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 12.)

— Zu diesem Falle äussert sich auch Dr. M. Joseph (Berlin), indem er darauf hinweist, dass die Idiosynkrasie gegen **„Javol"** nicht selten zu sein scheint. Er selbst hat schon zweimal Fälle von Dermatitis nach dem Gebrauch dieses Haarwassers veröffentlicht. Von einem günstigen Einfluss auf den Haarboden hat Autor bisher nie etwas gesehen und er kann vor diesem Geheimmittel nur noch einmal warnen. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 18.)

Neuralgien. **Ueber ein bisher unbekanntes pathognomonisches Symptom der Ischias** berichtet Dr. S. Gara (Bad Pistyán-Wien). Bei der Anamnese vieler Ischiaskranker war ihm aufgefallen, dass die Erkrankung mit heftigen, hexenschussartigen Schmerzen im Kreuze begann, welche Tage, oft auch Wochen hindurch andauerten, bis die Schmerzen in dem einen oder anderen Beine hinzutraten. Häufig wurde daher die Diagnose „Lumbago" gestellt. Durch diese Angaben aufmerksam geworden, untersuchte Autor die Kreuzgegend jedes Pat. genauer. Dieselbe erwies sich als nicht empfindlich bei Palpation. Als Autor aber auf den Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels hinübertastete, zuckten die Pat. vor Schmerz heftig zusammen; der nächsthöhere Dornfortsatz war weniger empfindlich, weiter oben die ganze Reihe der Dornfortsätze vollkommen schmerzlos. Auch jene Pat., welche

nicht Kreuzschmerzen gehabt hatten, wiesen constant diese grosse *Druckempfindlichkeit des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels* auf, und somit haben wir in diesem Symptom, welches auch die Auffassung derer stützt, welche die Ischias als eine Wurzelerkrankung ansieht, ein werthvolles differentialdiagnostisches Zeichen vor uns, das dadurch an Wichtigkeit gewinnt, dass die Ischias so oft verkannt und verwechselt wird.

(24. Congress für innere Medicin in Wiesbaden, 15.—18. April 1907. — Wiener med. Wochenschrift 1907 No. 23.)

— **Einige Erfahrungen über Ischias** giebt Prof. Fr. Schultze (Bonn) zum Besten. Es handelt sich um die in der Medic. Klinik seit 1889 beobachteten Fälle „*rheumatischer*“ Ischias, 104 an Zahl. Es zeigte sich starkes Ueberwiegen des männlichen Geschlechts (93 Männer, 11 Frauen) und des mittleren Lebensalters; es handelte sich häufig um Männer, die bei ihrer Arbeit vielfach Temperaturwechsel, stärkeren Muskelanstrengungen und Traumen ausgesetzt waren. Gicht spielte gar keine Rolle, ebensowenig Diabetes, Obstipatio, Varicen. Dagegen spielten Erkältungen, Unfälle, „Verheben“, früherer Lumbago die Hauptrolle in den Angaben der Kranken. Was die Symptome der Ischias anbelangt, so wurde besonders auf die Achillessehnenreflexe geachtet; sie fanden sich bei 55 Fällen 22mal auf der kranken Seite fehlend oder wenigstens deutlich schwächer als auf der anderen Seite. Patellarreflexe stets normal. Gar nicht selten war ausser den bekannten Druckpunkten die Glutäalgegend gegen Druck empfindlich. Es sprechen das so häufige langdauernde Fehlen der Achillessehnenreflexe neben den nicht selten beobachteten Hypaesthesien, ferner der Umstand, dass es sich mehr um Dauerschmerzen zu handeln pflegt, nicht um kurze Schmerzanfälle, endlich die diffuse Druckempfindlichkeit der Glutäalgegend dafür, dass es sich bei der rheumatischen Ischias um entzündliche Processe, wahrscheinlich perineuritischer Natur, handelt. In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Autor für frische Ischias Bettruhe und consequente Darreichung von Salicyl, speciell Aspirin (neben anderen Antineuralgicis), bei chron. Fällen hauptsächlich heisse Sandbäder und schottische Dusche.

(Centralblatt f. innere Medicin 1907 No. 24.)

— **Neurose (Neuralgie) des Plexus coeliacus,** unter diesem Namen stellt Primärarzt am St. Josephs-Krankenhause zu Breslau, San.-R. Dr. Lasinski ein selbstständiges Krank-

heitsbild auf. „Diese Erkrankung findet man nach meinen Erfahrungen in über $^{9}/_{10}$ der Fälle beim weiblichen Geschlecht des mittleren und niederen Standes. Solche Kranke klagen über vage Schmerzen in der Bauchgegend, die sie als Druck und Schmerz, der nach dem Rücken ausstrahlt, bezeichnen. Den Klagen gemäss könnte man an ein Magenleiden denken; doch geben die Kranken gewöhnlich an, dass die Beschwerden unabhängig vom Essen und in Intervallen auftreten. Schon die oberflächliche Untersuchung ergiebt, dass wir es weder mit einem Ulcus ventriculi noch mit gastralgischen Beschwerden zu thun haben, da die charakteristischen Schmerzpunkte für diese Krankheiten im Scrobiculus cordis und am unteren linken Rippenrande fehlen. Hält man sich bei weiterer Untersuchung etwas links von der Linea alba, und übt, vom Scrobiculus cordis nach unten, nach dem Nabel gehend, mit den Fingerspitzen einen so starken Druck aus, dass man den Puls der Bauchaorta fühlt, so wird der Druck von an Plexusneuralgie Leidenden als Schmerz empfunden und gewöhnlich auch durch schmerzhaftes Verzerren des Gesichtes von den Kranken angedeutet. Wie stark der Druck ausgeübt werden muss, hängt einerseits von der Spannung der Bauchdecken, andererseits von der Dicke des Panniculus adiposus der untersuchten Personen ab. Jedenfalls ist ärztlicherseits darauf zu achten, wenn eine sichere Diagnose gestellt werden soll, dass die Bauchaorta in ihrer ganzen Länge bis zur Bifurcation abgetastet wird, um nachzuweisen, dass sie in ihrer Totalität auf Druck schmerzhaft ist. — Nur wenn dieses der Fall ist, also, wenn die ganze Bauchaorta schmerzhaft erregbar ist, kann auf eine Plexusneurose die sichere Diagnose gestellt werden. Wenn auch nur ein Theil derselben auf Druck unempfindlich ist, — so ist die Diagnose nicht sicher. Das Abtasten der ganzen Bauchaorta ist für den Nichtgeübten anfänglich vielleicht mit etwas Schwierigkeiten verbunden. Es ist die Bauchpresse und oft ein starker Panniculus zu überwinden. Dennoch gelang es mir in allen Fällen, dieser Schwierigkeiten Herr zu werden und die Diagnose zu sichern. Ja, bei dünnen Bauchdecken konnte ich sogar die Empfindlichkeit auf Druck auch an den Arterienästen der Aorta, so an den Arteriae renales und den nach dem Becken gehenden Arterien feststellen. Um die Diagnose zu sichern, ist es gerathen auch noch Controllversuche anzustellen. Man tastet dabei auch die Gegenden des Bauches unter starkem Ausüben von Druck ab, die seitwärts von der

Bauchaorta liegen. Sind dieselben schmerzlos, und wird nur dann Schmerz hervorgerufen, wenn wir beim Hingleiten zur Aorta die Pulsation derselben fühlen, so können wir überzeugt sein, dass wir uns in der Diagnose nicht geirrt haben. Ich habe die Untersuchungsmethode so umständlich beschrieben, weil ich von der anatomischen Kenntniss ausging, dass das sympathische Geflecht die ganze Bauchaorta wie mit einem Netz umflicht und dass, wenn man von einer Neuralgie des Plexus coeliacus sprechen will, auch das von ihm umgebene Organ in toto schmerzhaft sein muss. Selbstverständlich müssen alle anderen Erkrankungen, wie Caries der Wirbelsäule, Carcinom des Magens und der Bauchspeicheldrüse, durch Untersuchung ausgeschaltet werden. Ein Aneurysma der Bauchaorta könnte nach meinen Erfahrungen eine solche Neurose wohl auslösen, doch würde dieselbe der Therapie, die ich bald angeben werde, ebenso weichen, wie mich es die Erfahrung gelehrt hat. Ueber die Genese dieser Erkrankung will ich vorläufig keine theoretischen Bemerkungen machen, umso weniger, als in Bälde mein Assistent über dieses Leiden eine grössere Arbeit nebst Erläuterungen durch Krankengeschichten zu liefern gewillt ist. Was die Therapie anbelangt, so hat mir, wie bei allen Neuralgien, so z. B. bei der Supraorbitalneuralgie, das Natron salicylicum die besten Dienste geleistet. Ich gebe dasselbe in einer Lösung von 5,0 auf 160, zweistündlich einen Esslöffel. Schon nach zwei, höchstens, in sehr seltenen Fällen drei Flaschen, ist das Leiden vollständig gehoben, um nur in den seltensten Fällen, meistens bei Aneurysmen der Aorta, sich wieder einzufinden."

(Medic. Klinik 1907 Nr. 28.)

— **Monotal,** den Methylglykolsäureester des Guajacols, hat Dr. R. Müller (Elberfeld) bei etwa 300 Fällen percutan angewendet und sehr zufriedenstellende Erfolge erzielt. Besonders bewährt hat sich das Mittel bei N. aller Art (bei Rheumatismen versagt es!), ferner bei den die Pleuritis und Tuberculose der Lungen begleitenden Schmerzen.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1907 No. 26.)

Paralysen. Nach einer längeren Einleitung über die Ursachen, sowie über die Art und Häufigkeit der **Oculomotoriuslähmung** besonders bei Hirnsyphilis bespricht Dr. Riegel drei von ihm beobachtete Fälle dieser Augenmuskellähmung. Der erste betrifft eine 57jährige Frau, die er früher schon

einige Male an einer scheinbar idiopathischen rechtsseitigen Trigeminusneuralgie behandelt hatte; da setzte plötzlich mit starkem Schwindelgefühl und erneuten heftigen neuralgischen Schmerzen im zweiten und dritten Ast eine totale rechtsseitige Oculomotoriuslähmung ein. Die jetzt genau erhobene Anamnese ergab, dass die Pat. unter 15 Geburten 12 Todgeburten gehabt hatte! Von den drei noch lebenden Kindern ist ein 12jähriger Sohn völlig taub und in Folge von Keratitis parenchymatosa fast erblindet; ein 16jähriger Sohn litt an Hüftgelenkentzündung, ist schwächlich und hat sehr schlechte Zähne; nur die erwachsene Tochter scheint gesund zu sein. Nach 10 Wochen war die Oculomotoriuslähmung völlig geheilt (hohe Joddosen), nur die rechte, nicht mehr vergrösserte Pupille blieb starr auf Lichteinfall, reagirte aber bei der Convergenz; die linke Pupille reagirte prompt auf alle Reize. Es war also rechts eine isolirte Lichtstarre der Pupille zurückgeblieben. Drei Wochen darauf trat eine rechtsseitige Trigeminuslähmung aller drei Aeste ein (nicht völlige Anaesthesie, aber hochgradige Herabsetzung der Empfindlichkeit), die jetzt noch (nach Jahresfrist) nicht ganz geschwunden ist. Die Hornhaut des rechten Auges blieb intact trotz anfänglicher Injection der unteren Bulbushälfte. Pat. hatte lange Zeit in der rechten Gesichtshälfte ein Gefühl, als ob alles gefrorener eisiger Stein wäre, so fest, hart und kalt. Der zweite Fall betraf eine 54jährige kyphotische Phthisica, die im August 1906 plötzlich in der Nacht ohne sonstige Symptome von einer completen rechtsseitigen Oculomotoriuslähmung mit nachfolgenden Kopfschmerzen befallen wurde. Vollständige Heilung nach 10 Wochen unter Jodnatriumbehandlung. Pat. hatte vier Jahre vorher eine schwere doppelseitige Regenbogenhautentzündung durchgemacht, die mit Hinterlassung vieler Synechien ausgeheilt war. Lues ist wohl auch hier die Ursache der Augenmuskellähmung, obwohl von irgend einer derartigen Infection auch des Mannes nichts bekannt ist. Der Mann starb an Phthise; so liegt auch der Gedanke an einen tuberculösen Ursprung der Lähmung nahe. Im dritten Fall war Lues vollkommen ausgeschlossen; hier war die linksseitige incomplette Oculomotoriusparalyse, die nur die äusseren Zweige des Nerven betraf (Pupille und Accommodation blieben intact) durch ein Trauma bedingt. Die 66jährige, sehr nervöse Dame (speciell die Vasomotoren waren hochgradig reizbar; schon nach geringen Erregungen heisser Kopf, stark geröthetes Gesicht) hatte sich beim Bücken heftig gegen den unteren

Augenhöhlenrand gestossen, da sie auf das stumpfe Eck einer Ofenthüre aufprallte, die sie nicht beachtet hatte. Zwei Tage darauf trat unvollkommene Ptosis auf und mit ihr Doppelsehen; bald darnach wurde die Parese des Levators palp. sup. zur Paralyse. Auch diese Lähmung des Oculomotorius kam unter Behandlung mit dem constanten Strom und Jodnatrium innerlich nach drei Monaten zur vollständigen Heilung. Ein Jahr nachher trat aber Geistesstörung auf arteriosklerotischer Basis ein, und Pat. ging in Folge einer dazwischengekommenen Pneumonie rasch zu Grunde. Sie hatte schon lange vor ihrer geistigen Erkrankung beständig allerlei Visionen im linken Gesichtsfeld gehabt. Die Augenmuskellähmung beruhte hier wahrscheinlich auf einer Haemorrhagie im Kerngebiet des Oculomotorius, da jedes Zeichen einer Basisfractur des Schädels fehlte und die isolirte Oculomotoriuslähmung nur die äusseren Zweige des Nerven betraf. Doch könnte vielleicht auch eine Haemorrhagie im Oculomotoriusstamme selbst angenommen werden, obwohl primäre Blutungen in die Augenmuskelnerven nach Oppenheim äusserst selten sind und das Freibleiben der inneren Aeste dabei auffallend wäre. Die Diagnose einer fasciculären Lähmung wird deshalb schwer zu halten sein, weil keinerlei Zeichen einer contralateralen Hemiplegie vorhanden waren.

(Nürnberger med. Gesellschaft u. Poliklinik 21. Febr. 1906. — Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 23.)

— Einen **Beitrag zur Prognose der hysterischen P.** liefert Dr. A. Hirschberg (Friedrich Wilhelms-Spital Berlin). Es handelt sich um eine seit fast 30 Jahren in unveränderter Form bestehende Lähmung beider Beine, also eine ungewöhnlich lange Dauer, die uns zeigt, wie vorsichtig wir in der Prognose solcher P. sein müssen. Die gelähmten Extremitäten sind vollkommen anaesthetisch; Berührungs- wie Schmerz- und Temperaturempfindung sind gänzlich erloschen; das Lagegefühl ist gleichfalls aufgehoben. Ganz starke faradische Pinselberührungen werden an den Beinen auch nicht wahrgenommen. Der vollkommen anaesthetische Bezirk beginnt an den Zehenspitzen und erstreckt sich nach aufwärts bis ca. 13 cm oberhalb der Patella, wo er manschettenartig abschliesst. Oberhalb der anaesthetischen Zone befindet sich in einer Breite von 5—6 cm eine hypaesthetische, wo sensible Reize zwar sehr undeutlich, aber doch noch merklich wahrgenommen werden. Auch diese Zone schliesst manschettenartig nach oben ab. Erst kurz unterhalb der

Inguinalfalten wird die Sensibilität normal. — Aus der Epikrise des Autors geben wir folgende Sätze wieder: „Man hat es also im vorliegenden Falle mit einer schlaffen Lähmung beider Beine zu thun, deren Ursache zweifellos in der Hysterie zu suchen ist. Dass diese Lähmung eine rein functionelle ist, dafür sprechen alle bisher erwähnten Symptome. Das vollkommen normale Verhalten der Sehnen- und Hautreflexe, das Fehlen von Spasmen oder Atrophien, die normale elektrische Erregbarkeit, Fehlen von Blasen- und Mastdarmstörungen, die normale Pupillenreaction, normaler Augenhintergrundsbefund lassen eine organische Nervenerkrankung mit Sicherheit ausschliessen. Ferner wird eine derartig totale Empfindungslähmung, wie sie hier vorliegt, mit einem manschettenartigen Abschluss der anaesthetischen Zone nur bei hysterischen Paraplegien beobachtet. Dazu kommen als weitere hysterische Stigmata die hochgradige röhrenförmige Einengung des Gesichtsfeldes für beide Augen, die vorhandene Hyposmie und Hypageusie, die starke reflectorische Erregbarkeit der Vasodilatatoren der Haut, der aufgehobene Rachen- und Conjunctivalreflex, die Herabsetzung des Cornealreflexes sowie das affectirte psychische Verhalten der Kranken.“

(Medicin. Klinik 1907 Nr. 24.)

Pruritus. **Zur Behandlung des P. senilis** empfahl vor einigen Jahren Prof. Leo eine Säuretherapie, und auch von anderer Seite wurden Erfolge damit erzielt. Jetzt berichtet Dr. Ströll (München) über einen 78jährigen, mit P. behafteten Greis, der gegen das Leiden alles Mögliche nutzlos versucht hatte, jetzt ganz verzweifelt über das Jucken war, welches Tag und Nacht bestand und ihn nicht schlafen liess. Autor verschrieb jetzt am Vormittage:

Rp. Acid. sulfuric. dil. 5,0
Aq. dest. 170,0
Syr. Rub. Id. ad 200,0
D. S. 2stündl. einen Esslöffel.

Schon von dieser Nacht ab Schlaf möglich, Jucken weg. Aus Vorsicht musste Pat. noch eine Flasche nehmen (3stündlich). Erst nach einigen Wochen Recidiv, das aber nach einer Flasche der Arznei wieder verschwand.

(Münchener med. Wochenschrift 1907 No. 21.)

Rheumatismen. **Zur Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus** hat Prof. G. Klemperer (Städt. Krankenhaus Moabit in Berlin) die *Stauungsbehandlung* ins Treffen

geführt. Aus seinen Mittheilungen darüber seien folgende Abschnitte wiedergegeben: „Practisch gestaltete sich die Stauungsbehandlung so, dass oberhalb jedes entzündeten Gelenkes Vormittags und Nachmittags je 2—3, gelegentlich auch 4 Stunden die Stauungsbinde angelegt wurde und zwar genau nach Bier's Vorschrift so, dass heisse rote Stauung erzielt wurde. Die schmerzstillende Wirkung war fast stets eclatant und überdauerte das Liegen der Binde um 2—5 Stunden, in den meisten Fällen waren die Pat. sehr mit der Bindenbehandlung zufrieden, nur in wenigen Fällen wurden kleine Morphiumdosen gegeben. Die Stauungsbehandlung wurde in allen Fällen allein angewendet, mit Ausnahme derjenigen, bei welchen Schulter- oder Hüftgelenke geschwollen und schmerzhaft waren. Für die Hüften ist die Stauung gar nicht, für die Schultern unvollkommen anwendbar. Die Stauungsbehandlung wurde verlassen und zur Salicyltherapie übergegangen, wenn Hüften oder Schultern stark befallen wurden, in einzelnen Fällen auch, wenn trotz der Binden die Schmerzen unerträglich blieben oder das Fieber übermässig stieg. Als zeitliche Grenze wurde der 20. Tag angenommen; war bis zu diesem keine Heilung unter der Stauung eingetreten, so wurde ebenfalls zu Aspirin übergegangen. Behandelt wurden im Ganzen 87 typische Fälle von acutem Gelenkrheumatismus. Alleinige Stauungsbehandlung wurde versucht in 68 Fällen. Davon Heilung unter blosser Stauung in 48 Fällen

und zwar geheilt am 4. bis 7. Tage 19 Fälle
„ „ „ „ 8. „ 10. „ 15 „
„ „ „ „ 11. „ 13. „ 5 „
„ „ „ „ 14. „ 20. „ 9 „

Es wurde zu Salicylbehandlung übergegangen in 20 Fällen, davon Heilung unter Aspirin etc. in 10 Fällen

und zwar geheilt am 8. bis 10. Tage 5 Fälle
„ „ „ „ 11. „ 13. „ 2 „
„ „ „ „ 14. „ 20. „ 3 „

Es wurde Aspirin allein von Anfang an angewendet in 19 Fällen, davon Heilung in 14 Fällen

und zwar geheilt am 6. bis 7. Tage 3 Fälle
„ „ „ „ 8. „ 10. „ 5 „
„ „ „ „ 11. „ 13. „ 2 „
„ „ „ „ 14. „ 20. „ 4 „

Stauung und Aspirin blieben erfolglos, die Heilung erfolgte am 21.—76. Tage in 15. Fällen. Herzaffectionen (Endo-

und Pericarditis) entwickelten sich unter 48 Stauungsfällen 7 mal, unter 19 Aspirinfällen 5 mal. Das Material ist nicht gross genug, um aus dem stärkeren Befallenwerden der zweiten Gruppe bestimmte Schlüsse ziehen zu lassen. Aus diesem Bericht ergiebt sich zweifellos, dass die Salicylbehandlung der Stauungsbehandlung überlegen ist. Denn einmal erwiesen sich nur 68 von 87, also 78% für die Stauungsbehandlung geeignet; von den Behandelten aber wurden innerhalb 20 Tage nur 70% zur Heilung gebracht. Von den der Stauung widerständigen 19 Fällen wurden noch 10 durch Aspirin geheilt, und die mit Aspirin allein behandelten 19 Fälle wiesen sogar 14, d. h. 73% Heilung auf. — Wenn also kein Zweifel ist, dass die Salicylbehandlung beim Gelenkrheumatismus mehr leistet als die Stauung, so ist doch ebenso sicher, dass man mit Stauungsbehandlung allein viele Fälle von Gelenkrheumatismus zur Heilung bringen kann, und dass diese Behandlung für leichte und mittlere Fälle durchaus ausreicht. Die Stauungsbehandlung ist umständlicher und erfordert mehr Geduld als die Salicyltherapie. Dafür hat sie den grossen Vorzug, dass sie ganz ungefährlich ist. Nach meinen Erfahrungen möchte ich die Stauungsbehandlung beim acuten Gelenkrheumatismus nicht mehr missen. Salicylpräparate sollten nur bei gesundem Herzen und bei gesunden Nieren angewandt werden und man sollte sie jedenfalls aussetzen, wenn Zeichen von Nierenreizung eintreten oder wenn nach 12—14tägiger Anwendung ihre Wirkungslosigkeit sich herausstellt. In jedem protrahirten Fall würde ich rathen, die Salicylbehandlung durch Stauungsbinden zu unterstützen."

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1907.)

— **Ueber künstliche radiumemanationshaltige Bäder** berichtet Dr. A. Laqueur (Hydrotherap. Anstalt des R. Virchow-Krankenh. zu Berlin). Dr. Reitz hat ein Verfahren zur Herstellung emanationshaltiger Bäder erdacht, das sich durch Einfachheit auszeichnet. Es beruht auf einem Festhalten von Emanation durch Einschluss in Kristalle verschiedener Salze. Unter dem Namen *Radiosal* werden von den Höchster Farbwerken Tabletten hergestellt, von denen eine, im Badewasser aufgelöst, genügt, um das Wasser deutlich radioactiv zu machen. Autor hat 21 Fälle von chronisch-rheumatischen und gichtischen Erkrankungen mit diesen Bädern (34—35° C. bei ½—¾stündiger Dauer) behandelt. Bei Arthritis gonorrhoica (2 Fälle) war das Resultat negativ, und es fehlte hier auch die typische

primäre Reaction, d. h. das deutliche Wiederaufflackern des lokalen Erkrankungsprocesses, das mit vermehrter Schmerzhaftigkeit und zuweilen auch mit stärkerer Anschwellung der afficirten Gelenke einhergeht, während die gesunden Gelenke unbeeinflusst bleiben. Diese Reaction trat sonst bei fast allen Fällen von rheumatischer und gichtischer Gelenkerkrankung nach den ersten Bädern ein. Sie dauerte meist mehrere Tage an. Man muss, um sie nicht zu stark werden zu lassen, in diesem Stadium öfters einen Tag pausiren. Allerdings kommt es auch vor, dass wegen zu langanhaltender Schmerzreaction die Behandlung abgebrochen werden muss. Acute und subacute Fälle von Gelenkrheumatismus eignen sich nicht für diese Behandlung, bei chronischem Gelenkrheumatismus darf man sich jedoch nicht vor der Anfangsreaction scheuen; sie macht eben später meist einem erheblichen Nachlassen der Schmerzen Platz. In hartnäckigen Fällen kann man freilich event. erst nach etwa 10 Bädern den Beginn einer deutlichen Besserung bemerken. Aber es wurden auch in hartnäckigen und schweren Fällen ganz entschiedene Erfolge beobachtet. Die ohne primäre Deformität der Gelenkenden, aber mit ausgesprochener Exsudation und Schmerzhaftigkeit der Gelenke einhergehenden, nicht zu veralteten Erkrankungen geben die hauptsächlichste Indication für die Radiosalbehandlung ab. Daneben liess sich aber auch bei deformirender Arthritis Schmerzstillung und damit Besserung der Function verschiedentlich erzielen; in anderen Fällen dieser Kategorie versagte allerdings das Verfahren völlig. Auch bei chronischer gichtischer Arthritis wurden günstige Erfolge erzielt, selbst bei einigen schweren und hartnäckigen Fällen.

(28. Versammlung der deutschen Balneolog. Gesellschaft. — Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 28.)

Scarlatina. **Zur Therapie der S.** betitelt sich eine Arbeit von Dr. A. Kramer (Dorpat), der wir folgende Stelle entnehmen: „Aus diesen Publikationen scheint hervorzugehen, dass das Formamint ein wirklich brauchbares Mittel bei Erkrankungen an der Mundhöhle und der oberen Luftwege ist und kann ich das aus meinen eigenen Versuchen und Erfahrungen nur vollauf bestätigen. Ich habe Formamint bei Scharlach in 20 Fällen, bei Diphtherie in 7, bei anderen Angina-Formen in 18, im Ganzen also in 45 Fällen, mit ganz ausgezeichnetem Erfolg benutzt. Binnen wenigen Tagen trat eine Abschwellung der Tonsillen ein, die

Membranen stiessen sich ab, die Temperatur sank — und vor allem — ich habe unter diesen 45 zum Theil recht schweren Fällen nicht einen einzigen Todesfall erlebt! Wenn ich nun alles zusammenfasse, so besteht meine Behandlung, spec. des Scharlach, kurz in Folgendem: Neben den allgemeinen Vorschriften über Luft, Licht etc. lasse ich vom ersten Tage an stündlich eine Formaminttablette geben, die der Pat. langsam im Munde zergehen lassen muss. Vom 3.—4. Tage an 2—3stündlich — solange, bis die Temperatur normal geworden ist, resp. die Tonsillen keinerlei pathologische Befunde aufweisen. Ferner lasse ich per Pulverisator 3stündlich Jodol-Zucker-Einblasungen*) machen, lege von vornherein warme Compressen um den Hals — und lasse, sobald ich den Eindruck einer septischen Mischinfection habe — Dauerklystiere einer Kochsalzlösung mit Formalin *Schering* (1—3 Tropfen, je nach dem Alter der Kinder) appliziren. Ausserdem verordne ich recht strenge Diaet, bestehend aus Milch und Reisschleim. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1907 No. 6).

— **Die Therapie der S.** in der k. k. pädiatr. Klinik in Wien ist, wie Dr. B. Schick von dort mittheilt, folgende: *Allgemeine Therapie:* Jeder Fall von Scharlach, auch der leichteste, bleibt mindestens 4 Wochen im Bett liegen und erhält in dieser Zeit kein Fleisch. Pat. erhält aber auch keine reine Milchdiaet, sondern je nach dem Appetit neben Milch auch Malzkaffee oder Cacao mit Milch, Milchspeisen, leichte Mehlspeisen, Semmeln, Butter, falsche Suppen (Einbrenn-, Erdäpfel- etc.), Compott und Honig. Bestes Mittel gegen das *Fieber:* kühle Packungen des Stammes (15—20° ein- bis zweistündlich). Hände und Füsse bleiben ausserhalb. Werden die Extremitäten kalt oder cyanotisch, so muss der Umschlag gleich abgenommen werden, und wenn darauf keine Erwärmung erfolgt, durch ein gewärmtes trockenes Tuch ersetzt werden. Einreibungen mit Vaseline beschleunigen die Abschilferung, besonders wenn man sie auf warme Seifenbäder folgen lässt. Die Bäder sind erst für das Ende der Reconvalescenz (fünfte Woche) zu empfehlen (täglich oder jeden zweiten Tag). Bei *leichter Rachenaffection* nur kalte Umschläge, Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd (1—2%), bei *schwererer* Anfeuchtung der Mundhöhle durch häufiges Trinken (Limonade, kalter Thee mit Citronensaft), drei- bis viermal täglich Aus-

*) Jodol. 9,0, Sacch. 1,0.

spülung des Mundes (mittelst Ohrenspritze) mit kaltem Wasser. Gegen Rhagaden in den Mundwinkeln 3%iges Borlanolin-Vaselin. Behandlung des *Otitiden:* Sobald Röthung und Schwellung des Trommelfells festgestellt, zwei bis dreimal täglich Eintropfen 5%igen Carbolglycerins, warme oder kalte Umschläge (je nachdem was angenehmer empfunden wird) mit Liq. Burowii aufs Ohr. Bei starker Verwölbung und starken Schmerzen, sowie hohem Fieber Paracentese. Bei Otorrhoe zwei bis dreimal täglich Entfernung des Secrets durch Einträufeln von Wasserstoffsuperoxyd (2%). *Lymphdrüsenschwellungen* geringen Grades gehen mit einfachen Priessnitzumschlägen zurück. Bei zunehmender Schwellung Umschläge Burow, Einpinselung von Jodvasogen, Auflegen von Ichthyolsalbe (10%), Incision (in leichter Aethernarkose) erst bei deutlicher Fluctuation mit Röthung. Sehr wichtig Berücksichtigung und Vorbeugung jeder *Herzschwäche* (Digitalis, Digalen, Kaffee, subscutan Campher, Coffein). Stets für *Stuhlgang* sorgen (Aq. laxativ. Viennens. oder Ol. Ricin., Syr. Mann. āā 15,0). Das *Moser*'sche Serum erwies sich, in den ersten drei Krankheitstagen injicirt — 200 ccm substutan in die Beinhaut — als wirksam. Nun zu den *Nachkrankheiten* speciell der *Nephritis.* Als einzige prophylaktische Maassregel ist Bettruhe anzusehen. Bei Bettruhe und fleischloser Diaet heilen auch die leichten Formen der Nephritis. Will man diaphoretisch wirken, so mache man feuchtwarme oder trockenwarme Packungen (½ Stunde). Als Getränke (unbeschränkt): Milch, Thee, Biliner. Die kochsalzarme Diaet (Milch, Cacao, Malzkaffee, Obst, ungesalzenes Brod, Butter, Honig, Suppen, Mehl- und Milchspeisen, ungesalzen) hat günstige Wirkung auf die Intensität der Oedeme, weshalb sie bei eingetretener Nephritis zu empfehlen ist. Tritt *Uraemie* ein mit starken Krämpfen und Bewusstlosigkeit: Venaesectio (200—300 ccm bei sechs- bis zwölfjährigen Kindern, 500 ccm bei Erwachsenen) mit darauffolgender subcutaner Infusion physiolog. Kochsalzlösung in gleicher Menge oder hohe Darmirrigationen mit lauem Wasser. Bettruhe und kochsalzarme oder fleischlose Diaet werden womöglich bis zum achten Tage nach völligem Schwinden der Eiweissausscheidung ausgedehnt. Nur wenn die Pat. Wochen lang nach Schwinden der Oedeme bei bestem Wohlsein nur Spuren Albumen ausscheiden, stehen sie auf und werden auf gewöhnliche Kost mit Vermeidung von Alkohol gesetzt. Die am Anfange aufgestellte Forderung der vierwöchentlichen Bettruhe gilt

daher nur für die uncomplicirten Fälle. Sobald sich eine Nachkrankheit (Nephritis, Lymphadenitis etc.) zeigt, muss die Bettruhe entsprechend ausgedehnt werden. In diesem Falle dürfen die Kinder frühestens eine Woche nach der letzten Fiebersteigerung oder Eiweissausscheidung aufstehen, erhalten dann gemischte kräftige Kost und es wird nur die täglich zweimalige Temperaturmessung und die Harnuntersuchung fortgesetzt. Auch das erste Aufstehen wird manchmal von Fieber beantwortet. In diesem Falle genügt meist mehrtägige Bettruhe bis zum Eintritt normaler Temperaturen. Dann versuche man neuerlich aufstehen zu lassen. Acht bis vierzehn Tage nach dem Aufstehen können die Patienten ins Freie. Als *Regel* ist aufzustellen, dass auch bei *leichtesten Scharlachfällen mindestens bis zum Ende der sechsten Woche täglich Vor- und Nachmittags die Körpertemperatur gemessen wird.* Bei Complicationen sind die Temperaturmessungen entsprechend länger auszudehnen. Das Verhalten der Temperatur ist gerade beim Scharlach ein werthvolles Symptom und oft das erste Warnungssignal für Störungen der Reconvalescenz.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 23.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Klinische Beobachtungen auf dem Gebiete der Geburtshülfe über die Wirkung des Secacornin veröffentlicht Dr. G. Schubert (Univers.-Frauenklinik Breslau). Aus seinen Mittheilungen seien folgende Sätze wiedergegeben: „Wir haben das Secacornin sowohl per os als auch subcutan bezw. intramusculär angewandt. Der subcutanen Anwendung ziehen wir die intramusculäre vor, da wir bei ersterer, wie es ja auch nach subcutanen Cornutininjectionen zuweilen vorkommt, manchmal starke Schmerzen auftreten sahen. Wir wählten bei der intramusculären Injection, ohne jemals dabei nachtheilige Folgen beobachtet zu haben, die dicke Aussenmusculatur der Oberschenkel. Das Gesammtresultat der mit Secacornin in den angegebenen Fällen gemachten Erfahrungen scheint mir zweifellos ein günstiges zu sein. Als Maassstab für die Beurtheilung der Secacorninwirkung habe ich ausser dem Stillstand der Blutung bei Atonie noch die Dauer der blutigen Lochien und die Involution des Uterus im Wochenbett herangezogen. Irgend welche Störungen in der Milchsecretion oder im Allgemeinbefinden, mit Ausnahme der bereits erwähnten localen Schmerzen nach subcutanen Injectionen, sind von mir nie beobachtet worden". „Die Indication für die

Anwendung von Secacornin ist dieselbe wie für die übrigen Mutterkornpräparate. Nach der an unserer Klinik üblichen Anwendungsweise sind dieselben indicirt:

1. prophylaktisch nach allen Geburten, nach denen erfahrungsgemäss starke Blutungen aufzutreten pflegen;
2. bei Atonia uteri;
3. nach allen intrauterinen Eingriffen während der Geburt (Sectio caesarea, Wendung, manuelle Lösung der Placenta);
4. bei Retention von Eihäuten;
5. bei Subinvolutio uteri;
6. nach Ausräumung von Aborten.

Kontraindicirt sind sie:

1. bei Blutungen in der Schwangerschaft;
2. intra partum.

Das Secacornin wird von der Firma F. Hoffmann-La Roche & Cie. für innere Darreichung in Fläschchen zu 20 g, zur subcutanen resp. intramusculären Injection in zugeschmolzenen Glasphiolen von je 1 ccm sterilem Inhalt in den Handel gebracht. Nach unseren Erfahrungen und Versuchen können wir das Secacornin dem Practiker nur warm empfehlen. Der relativ billige Preis dürfte *ihm* ausserdem gegenüber ähnlichen Mutterkornpräparaten den Vorzug geben. (Münch. med. Wochenschr. 1907 No. 26.)

— Ueber **Secacornin** äussert sich auch Fr. Merkel (Nürnberg): „Das bisherige Ergotin Keller hat nun den Namen Secacornin-Roche erhalten. Es kommt in den Handel als eine sterile Lösung der Alkaloide des Mutterkorns, welche sich sowohl zur subcutanen und intramusculären Injection, wie zur internen und rectalen Verabreichung verwenden lässt und zwar in Originalfläschchen zu 20 g, zur subcutanen Injection in sterilen, zugeschmolzenen Glasphiolen zu 1 ccm. 1 ccm entspricht = 4 g Secale cornutum. Es handelt sich um ein sehr handliches, leicht dosirbares Präparat, das nach meiner nun einjährigen Erfahrung grosse Haltbarkeit besitzt. Insbesondere für die geburtshülfliche Praxis ist es meines Erachtens das bequemste, zuverlässigste Präparat. Ich habe das Secacornin, welches mir die Firma Hoffmann gütigst zur Verfügung stellte, im verflossenen Jahre in ca. 60 Fällen erprobt und zwar in erster Linie in geburtshülflichen Fällen. Ich verwandte es meist intramusculär oder subcutan. Nie traten Schmerzen auf oder Knoten, die Wirkung war stets eine absolut zuverlässige. Ich ver-

wandte es; gerade wie Prof. Walther-Giessen, 1. prophylactisch bei Leitung der Nachgeburtsperiode, um Atonien nach raschen Geburten, bei starker Ausdehnung der Gebärmutter (grosses Kind, Hydramnios, Zwillinge), Wehenschwäche, bei Placenta praevia und Narkose, auch Lumbalanaesthesien hintanzuhalten. 2. zur Bekämpfung bereits eingetretener Atonie in der Nachgeburtszeit wie post partum. 3. prophylactisch: zur Beförderung der Involution im Wochenbett, sowie zur Bekämpfung von lang dauerndem blutigen Wochenfluss. 4. nach jeder Fehlgeburt zur Beförderung der Involution. In der Gynaekologie habe ich nur in einzelnen Fällen das Secacornin verwendet: einmal mit vorzüglichem Erfolg, um ein apfelgrosses Myom, welches intramural sass, nach der Serosa abzudrängen, einige Male bei schlaffen Uteris mit starken menstruellen Blutungen bei anaemischen, obstipirten Frauen. — Das wichtigste Gebiet der Secaleanwendung bleibt die Nachgeburtszeit. Gleich Walther habe ich nie das Mittel in der Austreibungszeit, nie als wehenanregendes Mittel gegeben. Die Zeit, die zwischen Injection und Wirkung verläuft, beträgt 5 bis 10 Minuten. Man muss daher stets sicher sein, dass in dieser Zeit die Placenta den Hohlmuskel verlassen kann oder hat. Nachdem ich in 18jähriger Praxis bei fast 2000 Entbindungen alle Secalepräparate durchprobirt habe, ist mir ausser dem Ergotin Bombelon, bei dem ich manchmal Knoten sah, kein gleich gutes, aber besser haltbares und gleichmässiger dosierbares Präparat in die Hand gekommen wie das Secacornin-Roche.“ — Auch über *Novaspirin in Geburtshülfe und Gynaekologie* theilt Autor seine Erfahrungen mit: „Nachdem ich das Aspirin als vorzüglich schmerzstillendes Mittel in Geburtshülfe und Gynaekologie kennen gelernt hatte, stellte ich vergleichsweise seit 1½ Jahren in gleich gelagerten Fällen Versuche mit Novaspirin an. In der Gynaekologie ist es in erster Linie das inoperable oder recidivirende Uteruscarcinom, welches schmerzstillende Mittel gebieterisch verlangt. In fünf Fällen gab ich Novaspirin, 0,5—2,5 pro die. Viermal war der Erfolg vorzüglich, einmal erstreckte sich sogar die schmerzstillende Wirkung nach 1,0 auf zwei Tage. Auch direkt als Schlafmittel wirkt es. Nur in einem allerdings ganz trostlosen Falle musste ich mit dem alten Aspirin und kleinen Opiumdosen (0,06) abwechseln. Aber auch hier muss es als werthvoll bezeichnet werden, da in einem halben Jahre keine Steigerung der Opiumdosis nöthig wurde. — Bei peritonitischen Schmerzen infolge gonorrhoischer Erkrankung

der Sexualorgane wirkte das Novaspirin in Dosen von 2 × 0,5 pro dosi (6 Fälle). Glänzend bewährte sich das Novaspirin bei den berüchtigten Menstrualkoliken junger Mädchen; beim geringsten Ziehen im Kreuz oder anderen Prodromalsymptomen der beginnenden Menstruation, auch sogar bei dem bekannten Brechreiz in Dosen von 1,0 verabreicht, hemmte Novaspirin jede weitere schwere Kolik; höchstens musste nach vier Stunden noch 0,5 nachgegeben werden (13 Fälle). — Jedem beschäftigten Gynaekologen wird es wohl in seiner Praxis schon passirt sein, dass nach intrauteriner Aetzung bei Endometritis sehr heftige Koliken mit Ohnmachtsanwandlungen und dergl. auftraten. 1,0 Novaspirin in einem halben Glas Madeira gelöst half mir dreimal die Frauen binnen 10 Minuten prompt schmerzfrei zu machen. In der Geburtshülfe gebe ich das Novaspirin jetzt regelmässig bei stillenden Frauen. Denn diese haben bekanntlich besonders unter schmerzhaften Nachwehen zu leiden. 2—3 mal täglich 0,5 drei Tage lang gegeben, erzielte stets ein vollständig schmerzloses Wochenbett (12 Fälle). Die Rückbildung des Uterus wurde in keiner Weise beeinflusst. Die Kinder reagierten niemals beim Stillgeschäft. Fasse ich meine reichlich gemachten Erfahrungen über Novaspirin zusammen, dann komme ich zu folgendem Ergebniss: Novaspirin ist ein vorzügliches, schmerzstillendes Mittel. Es wird ausgezeichnet vertragen, ist in Bekömmlichkeit dem alten Aspirin entschieden überlegen, von Nebenwirkungen frei, manchmal jedoch schwächer, dafür aber nachhaltiger als das alte Aspirin wirkend.“

(Münchener med. Wochenschr. 1907 No. 27.)

— **Fieber in der Schwangerschaft,** darüber hielt Dr. H. Salus (Prag) einen Vortrag, bei dem er folgenden interessanten Fall schilderte: „Ich wurde am 5. Juli 1900 in eine Provinzstadt Nordböhmens zu einer Frau berufen, die sich im 7. Monate ihrer ersten Gravidität, 200 Tage nach der letzten Menstruation, befand. Sie hatte sich bisher ganz wohl befunden, bis auf einige Tage starken Erbrechens zu Ostern, von dem sie sich aber bald völlig erholt hatte. Montag, am 2. Juli, Nachmittags um 5 Uhr, bekam sie, nachdem sie schon den Tag über grosses Unbehagen und Völle im Bauche verspürt hatte, plötzlich einen starken Schüttelfrost, der 20 Minuten andauerte und während dessen die früher normale Temperatur auf 40,3° anstieg. Eine halbe Stunde darnach war die Temperatur wieder völlig normal. Es bestanden aber Schmerzen im Kreuz, und

diese hielten auch in der Nacht an. Nach dem Berichte der Patientin und ihres Hausarztes soll täglich Stuhlentleerung erfolgt sein. Mittwoch, am 4. Juli, genau zwei Tage nach dem ersten Schüttelfroste, um 5 Uhr p. m., setzte ein zweiter ein, der wieder eine halbe Stunde währte, der eine Temperatursteigerung von 40,6° zur Folge hatte und nach dessen Abklingen noch 39,6° gemessen wurden. Auch diesmal war nach einer halben Stunde die Temperatur wieder normal; die Patientin klagte über starke Schmerzen im Kreuze und Bauche, besonders lästig empfand sie sehr unangenehme Schmerzen im Nacken. Als ich am folgenden Tage die Pat. sah, waren Puls und Temperatur normal, die Zunge stark belegt, kein Icterus, der Bauch etwas tympanitisch. Der Uterus stand bis zwei Querfinger über dem Nabel, deutliche Wehenthätigkeit von fünf zu fünf Minuten. Rechts vom Uterus, auch durch die Bauchdecken sich ganz deutlich abhebend, ein parallel der rechten Uteruskante verlaufender, walzenförmiger, bei Berührung druckempfindlicher Wulst, der sich hart anfühlt. Die Herztöne des Kindes deutlich, die Kindesbewegungen, sehr lebhaft, werden schmerzlich empfunden. Die innere Untersuchung ergiebt: Scheide normal, die Portio weich, der äussere Muttermund für drei Finger durchgängig, der innere Muttermund bequem für zwei Querfinger passirbar. Länge des Cervicalcanals etwa ein halbes Fingerglied. Durch die gespannte Blase der ballotirende Schädel über dem Beckeneingange tastbar. Viel schleimiges Secret auf den zurückgezogenen Fingern. Der Hausarzt sprach die Vermutung aus, dass es sich vielleicht um eine Malaria mit zweitägigem Typus handeln könne, er beschuldigte die Umgebung Roms, wohin die Hochzeitsreise das Ehepaar geführt hatte, als Ort der Infection. Von einem Typus, erwiderte ich ihm, könne vorerst keine Rede sein, dazu fehle zum mindesten noch ein dritter Anfall am 6. Juli. der den Schüttelfrösten vom 2. und 4. vielleicht etwas Gesetzmässiges verleihen könne. Ich sprach meine Meinung dahin aus, dass es sich um eine im Coecum und Colon ascendens sitzende Erkrankung, wahrscheinlich um eine Obstipation handle, da gegen die Annahme einer Appendicitis die nicht sehr grosse Druckschmerzhaftigkeit der Resistenz rechts vom Uterus wie ihre Form spreche, kein Aufstossen, kein Erbrechen vorhanden und der Puls normal sei; die walzenförmige Resistenz neben dem Uterus erklärte ich als den kothgefüllten, aufsteigenden Dickdarm. Auch die Schmerzen in der Nackenmusculatur, wie ich sie oft bei

obstipirten Frauen beobachte, spreche für diese Diagnose. Dazu kam noch Folgendes: Der Harn der Pat. war auffällig nach Schwefelwasserstoff stinkend, in einem reinen Gefässe aufgefangen, stank er unmittelbar nach der Entleerung aashaft und zeigte, chemisch untersucht, keine Spur von Schleim oder Eiweiss, dagegen enorme Mengen von Indican; unter Chloroform aufgefangen, erwies sich der Urin bacterienfrei. Eine irgend tiefergehende Erkrankung der Harnorgane war also mit Sicherheit auszuschliessen. Wir gaben der Pat. vorerst etwas Opium, um den Darm ruhigzustellen und die Wehenthätigkeit einzuschränken. Diese Verordnung hatte den Erfolg, dass die Nacht bis auf wenige Wehen ganz ruhig verlief. Früh liess ich dann eine hohe Kamillentheeeingiessung folgen, die eine grosse Menge alter Skybala zu Tage förderte, worauf auch die walzenförmige Anschwellung in der Coecalgegend verschwand. Nachmittags blieb der Puls wie die Temperatur normal, die Zunge wurde reiner. Aber die Wehen, die vormittags vollkommen sistirt hatten, setzten gegen Mittag wieder ein und steigerten sich im Laufe des Nachmittags so, dass ich alles für die bevorstehende Entbindung vorbereitete; denn auch Drängen nach abwärts stellte sich ein, die Wehen waren sehr kräftig und alle drei Minuten einsetzend, und die innere Untersuchung ergab: Muttermund für vier Finger durchgängig, der früher auffällig deutlich vorspringende innere Muttermund ist nicht mehr markirt, der Muttermundsaum dünn. Die Fruchtblase steht, der Schädel des Kindes ist über der Beckenmitte fixirt und befindet sich in normaler Einstellung in dem geräumigen Becken. Gegen Abend aber liessen die Wehen, entgegen meiner Vorhersage, ziemlich plötzlich nach, die Pat. verfällt in einen ganz ungestörten Schlaf, und die wachende Hebamme konstatirt in der Nacht eine bis zwei Wehen. Dieser Zustand blieb nun stabil, und ich verliess die Pat. mit der Weisung, für tägliche ausgiebige Entleerungen zu sorgen und eine Zeit lang eine vorsichtige Diaet zu befolgen. Dies geschah am 7. Juli. Ich besuchte die Schwangere dann am 12. Juli und fand sie vollständig wohl. Puls und Temperatur waren normal geblieben, die Ileocoecalgegend war flach und nicht druckempfindlich, täglich erfolgte Stuhlentleerung, über den Tag wurden vorsichtshalber noch Kamilleneingiessungen gegeben. Die Genitaluntersuchung ergab nun das überraschende Resultat, dass die Portio wieder zapfenförmig formirt war, der äussere Muttermund liess etwa zwei Finger einlegen, der

Cervicalcanal war trichterförmig, der innere Muttermund geschlossen. Der Schädel ballotirte wieder über dem Beckeneingang, die Herztöne des Kindes waren normal. Ich liess die Schwangere mit einer Bauchbinde versehen und aufstehen. Am 2. Oktober, also fast drei Monate nach diesem Zwischenfall, wurde ich zur Geburt berufen, die normal und leicht verlief. Wehenbeginn 1/211 Uhr abends, um 5 Uhr früh war die Geburt vollendet. Die Frau hat ihr Kind selbst gestillt und ist vollständig gesund. Ich habe sie im Vorjahre, also sechs Jahre nach der ersten Geburt, im Mai 1906, wieder entbunden, sie stillt auch ihr zweites Kind, das ein Anfangsgewicht von 4200 g hatte und zu seiner Geburt eine Wehendauer von nur drei Stunden brauchte. Die Prager Hebamme, die wie bei der ersten Geburt auch in diesem Falle intervenirte, meldete mir, von der Wochenbettpflege heimgekehrt, als einziges auffälliges Symptom des Puerperiums, dass sie noch nie solche Stuhlmengen nach den täglich nothwendigen Klysmen habe abgehen sehen wie in diesem Falle. — Wenn ich nun zusammenfasse, was diese Krankengeschichte Bemerkenswerthes bietet, so möchte ich Folgendes hervorheben: Eine junge, ganz gesunde Erstgeschwängerte bekommt im 7. Monate ihrer Gravidität plötzlich einen starken Schüttelfrost, dem am zweitfolgenden Tage ein zweiter, ebenso heftiger Schüttelfrost mit hoher Temperatursteigerung folgt. In der Zwischenzeit sind Puls und Temperatur normal. Der während dieser Tage secernirte Urin ist gleich bei seiner Entleerung auffällig übelriechend, ohne dass Veränderungen der Harnorgane zu finden wären. Der Blinddarm und aufsteigende Dickdarm ist derb und gefüllt zu tasten und empfindlich. Eine höhere Eingiessung fördert eine Menge alten Stuhles zu Tage, obgleich angeblich tägliche Stuhlentleerungen vorangegangen waren. Eine Beobachtung aus späterer, normaler Zeit ergiebt, dass bei dieser Frau ganz auffällig grosse, compacte Stühle gebildet werden. Meine Diagnose lautete also auf eine Obstipation oder, wie man damals wohl sagte, stercorale Typhlitis mit Resorptionsschüttelfrösten. Der weitere Verlauf hat diese Diagnose bestätigt. Das Auftreten der Schüttelfröste kann nur durch Resorption von fiebererzeugendem Materiale in die Blutbahn erklärt werden; ich denke dabei aber nicht etwa an septisches, sondern an ein sapraemisches Material, an ein sozusagen chemisches Fieber; dass unterstützend für sein Auftreten das labile Wärmegleichgewicht einer Graviden hinzukommt, sei nebenbei bemerkt. Was nun

die mich hauptsächlich interessirende, geburtshülfliche Seite dieses Falles anlangt, so muss ich es unentschieden lassen, ob durch das steil ansteigende Fieber oder vielleicht mechanisch durch den stark gespannten und an die Uteruskante herangerückten Darm oder durch die im Blute kreisenden chemischen Alterantien die Wehen erzeugt worden sein mögen. Dass sie auch noch am Tage der gründlichen Darmentleerung andauerten, ist nicht zu verwundern. Was aber aus der mir zu Gebote stehenden Litteratur nicht bekannt ist, ist der Umstand, dass sich der Muttermund einer Ipara bis auf Handtellergrösse eröffnen, dass die Cervix verstreichen und der Muttermundsaum messerrückendick werden kann und dass — cessante causa für die vorzeitigen Wehen — eine Wiederformirung der Portio und Zusammenziehung des Muttermundes zur Norm eintreten kann.“ (Wiener med. Wochenschr. 1907 No. 23.)

Syphilis. Einen **Fall von luetischem Leberfieber** beobachtete Treumann. Vor einigen Jahren hat Klemperer eine Reihe von Krankengeschichten mitgetheilt, die dadurch ausgezeichnet waren, dass die betr. Patienten Monate bis Jahre lang theils continuirlich, theils unterbrochen fieberten und in ihrer Leistungsfähigkeit herabgekommen waren, unter den verschiedensten Diagnosen, meist als Malaria oder Tuberculose, behandelt wurden, von Arzt zu Arzt ohne jegliche Besserung wanderten, bis schliesslich die richtige Erkennung des Leidens eine rasche Heilung herbeiführen konnte. Die eingehendste klinische Beobachtung konnte bei diesen Kranken objectiv nichts anderes erkennen, als eine meist nicht bedeutende Schwellung der Leber und der Milz, und in der Anamnese war jedes Mal eine vor vielen Jahren acquierirte Lues festzustellen. In Bezugnahme auf diese Fälle berichtet Vortr. über folgende Krankengeschichte: Ein bisher gesunder, etwa 40jähriger Kaufmann klagte nach der Rückkehr von einer längeren Reise über allgemeine Müdigkeit, Abnahme des Appetits, Zurückgehen des Körpergewichts, starken Husten und häufig auftretende Nachtschweisse. Bei der vorgenommenen Untersuchung war eine diffuse Bronchitis leicht zu erkennen, die übrigen Organe erschienen ohne Besonderheit. Die abendlichen Temperaturen zwischen 38—39 schienen durch die Bronchitis genügend erklärt, und für das schlechte Allgemeinbefinden schien kein weiterer Grund wie die bestehende Bronchitis vorhanden zu sein. Unter der üblichen Behandlung heilte nun aber

der Bronchialcatarrh in 8—14 Tagen ab, und zwar so vollständig, dass auch die eingehendste Untersuchung keine Störung in den Bronchien mehr nachweisen konnte. Dagegen blieb das Fieber in der gleichen Weise wie am ersten Tage bestehen, ebenso hielten an die Nachtschweisse, die Appetitlosigkeit und eine gewisse Mattigkeit. Bei den nun in den kommenden Tagen und Wochen vorgenommenen Untersuchungen erschien wohl wiederholt die Leber etwas vergrössert, aber vollständig unempfindlich, und da auch eine hartnäckige Darmatonie vorhanden war, wurde diese Anschwellung auf die letztere bezogen. Nun dauerte dieser Zustand etwa zwei Monate in der gleichen Weise, und da auch der Husten nicht vollständig geschwunden war, so fasste der Gedanke einer latenten Tuberculose von Tag zu Tag festeren Boden. Als auch von autoritativer Seite die Diagnose Tuberculose als die wahrscheinlichste gestellt worden, aber allerdings auch auf die vergrösserte Leber hingewiesen worden war, war man schon damit beschäftigt, ein Lungensanatorium für den Patienten auszuwählen, als eine plötzlich auftretende leichte Andeutung von Icterus nachdrücklicher auf die Leber hinzeigte und die oben erwähnten Klemperer'schen Fälle in Erinnerung brachte. Die bezügliche Frage ergab, dass Patient vor ca. 15 Jahren Syphilis acquirirt hatte, die allerdings in eingehendster und exaktester Weise behandelt worden war. Eine nun sofort eingeleitete, energische Jodkalibehandlung hat den glänzenden Erfolg, dass das Fieber nach drei bis vier Tagen vollständig beseitigt war, Nachtschweisse hörten innerhalb einer Woche auf, und im Zeitraum weniger Wochen war bei einem glänzenden Appetite eine Zunahme des Körpergewichts um 8 Pfund eingetreten. Die Leber ging zwar langsam aber stetig zurück, und eine lange fortgesetzte combinirte Behandlung von Jod und Hg. bijodat. wird wohl dafür sorgen, dass der Patient fürs Leben von den Folgen der Lues geschützt ist. Der Fall erscheint deshalb so lehrreich, weil er ein neuer Beitrag für die Thatsache ist, dass Leberschwellung als einzigstes Symptom auf Lues hindeuten kann, und er mag deshalb auch erwähnenswerth sein, weil das Zusammentreffen mit mancherlei Symptomen, die uns für die beginnende Tuberculose so geläufig sind, die Diagnose erschwerten.
(Aerztl. Verein Nürnberg, 21. II. 07. — München. med. Wochenschrift 1907 Nr. 19.

— **Zur Atoxylbehandlung der S.** theilt Dr. R. Volk (Klinik Prof. Lang in Wien) seine an 50 Pat. gemachten Erfahrungen mit. Wenn er auch einen günstigen Einfluss

der Atoxylbehandlung auf den Verlauf einzelner Syphilisformen nicht leugnen kann, so kann er Atoxyl andererseits nicht als Heilmittel der S. bezeichnen, sondern nur als ein Adjuvans der Behandlung empfehlen, wobei der roborirende Einfluss die Hauptrolle spielt. — Autor betont, dass er nie so oft Palmarsyphilide gesehen, als bei Pat., die Atoxylinjectionen bekommen hatten. Es ist dies wohl mit den Ausscheidungsverhältnissen des Arsens in Zusammenhang zu bringen; wir wissen ja, dass sich Arsendermatosen sehr gern an den Handtellern entwickeln, und man kann sich nun leicht vorstellen, dass an solchen gereizten Stellen Syphilide eher aufschiessen.

(Wiener med. Wochenschrift 1907 No. 26.)

— **Ueber Arsenbehandlung der S.** berichtet O. Rosenthal. Er hat, in Anbetracht der zahlreichen oft schweren und nicht allein von der Höhe der Dosis abhängigen Intoxicationserscheinungen beim Atoxyl, in einer Anzahl von Fällen von S. arsenige Säure in schnell steigender Dosis subcutan angewendet, und zwar mit ausserordentlich ermuthigendem Erfolg, der dem bei Atoxyl absolut entsprach. Als Beispiel wird ein schwerer Fall angeführt, der Injectionen einer 2%igen Acid. arsenicos.-Lösung bekam, beginnend mit einem Theilstrich und jeden dritten Tag um einen Theilstrich steigend. Die Einwirkung war eine eclatante. Nachdem Autor bis auf eine ganze Pravazspritze gestiegen war, eine Dosis, die bei den übrigen Fällen nicht nöthig war, wurde in absteigender Dosis injicirt. Bisher sind nur zehn Fälle so behandelt worden. Diese Behandlung verdient unbedingt den Vorzug vor derjenigen mit Atoxyl, da sich bei letzterem eine cumulative Wirkung entfaltet und die Arsenikentwickelung von uns unbekannten Momenten abhängt, während mit Acid. arsenicos. bei schneller, aber gleichmässiger Steigerung der Dosis eine Immunität, wie sie bei Arsenikessern vorhanden ist, viel schneller und sicherer zu erreichen ist.

(Berliner medicin. Gesellschaft, 13. Juli 1907. — Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 28).

— **Zur Technik der intramusculären Hg.-Einspritzungen** giebt Dr. A. v. Karwowski (Posen) bemerkenswerthe Rathschläge, wie man bei Einspritzungen von 10%iger Hg.-salicyl-Suspension unangenehme Zwischenfälle vermeiden kann. Erstens soll man als Vehikel Olivenöl verordnen, das viel geringere Beschwerden und weit

seltenere Infiltrate hervorruft, als andere Vehikel. Sodann soll man, um Embolien zu vermeiden, erst probeweise kleine Mengen injiciren. „Nachdem die Nadel mit Alkohol durchgespritzt — ich halte die Nadeln ständig in einem Gefäss mit Alkohol, wodurch sie vor Rosten bewahrt und aseptisch gehalten werden — und die möglichst hoch und aussen gelegene Hautstelle mit Spiritus gereinigt worden ist, wird die Nadel mit einem Ruck eingestochen und die Spritze abgenommen. Tritt nach etwa einer Minute weder Blut aus, noch wölbt sich die Flüssigkeit hervor, trotz Bewegung der Nates, dann setze ich die Spritze auf und injicire vorsichtig ein bis zwei Theilstriche, und lasse den stehenden Patienten tief athmen. Erst wenn er keinerlei Hustenreiz noch Beklemmung im Verlaufe von ein bis zwei Minuten empfindet, injicire ich den Rest. Zeigt sich dagegen Blut, oder äussert der Kranke Hustenreiz etc., muss natürlich an anderer Stelle eingestochen werden, was man zuweilen drei- bis viermal wiederholen muss. Erwähnen muss ich, dass bei nervösen Patienten zuweilen durch den Shoc des Einstichs eine leichte Beklemmung eintritt, die jedoch bald vorübergeht." Diese probeweise Einspritzung eines minimalen Quantums hat den Zweck, in den Fällen, wo sonst keine Anzeichen für die Möglichkeit einer Embolie vorliegen, uns noch rechtzeitig vor der Einspritzung des ganzen Inhalts zu warnen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1907, Bd. 45 No. 1.)

— **Erfahrungen über Mergal** auf Grund zweijähriger Anwendung des Mittels veröffentlicht Dr. Hogge (Lüttich) und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Mergal ist ein gutes inneres Antilueticum, das auf das syphilitische Virus in gleicher Weise einwirkt wie eine Inunctions- oder Injectionscur.
2. Es wird vom Verdauungsapparat gut vertragen, erzeugt keine Koliken bezw. Durchfälle und keine Nierenreizung. Es kann demgemäss Monate lang ohne Nachtheil genommen werden.
3. Aus der specifischen Mergalcur geht der Patient nicht geschwächt, sondern gekräftigt und frei von Erscheinungen hervor.
4. Die Mergalcur ist von allen Behandlungsmethoden die einfachste, bequemste und angenehmste. Sie stört den Pat. nicht in seinem Beruf, verursacht ihm keine Belästigungen, keine Schmerzen, und was sehr wichtig ist, sie lässt sich überall discret durchführen.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1907 No. 56.)

Thoraxschüsse. **Ueber Th. und Bauchdeckenspannung** lässt sich Prof. Dr. O. Hildebrand (Berlin) aus. Es war ihm wiederholt aufgefallen, dass bei Thoraxverletzungen ausgeprägte Bauchdeckenspannung zu sehen und zu fühlen war und dass, sei es die weitere klinische Beobachtung, sei es die Operation resp. die Section jede Betheiligung des Abdomens ausschliessen liess. Autor hat in den letzten 2½ Jahren vier derartige Fälle beobachtet. Alle Fälle lagen so, dass eine Abdominalverletzung mit Sicherheit auszuschliessen ist. Drei Fälle waren penetrirende Schussverletzungen, in einem war die Thoraxwand nicht einmal vollständig durchsetzt. Im ersten Falle sass der Einschuss 1½ cm innerhalb der Mammillarlinie vorn oben; im zweiten Falle im dritten Intercostalraum vorn; im dritten Falle im achten Intercostalraum und auf der neunten Rippe, lateral; im vierten Falle im fünften und sechsten Intercostalraum. Die Einschüsse liegen also alle im Bereiche des Thorax, drei in Intercostalräumen, einer hatte eine Rippe gebrochen. In drei Fällen war eine exquisite, linksseitige Spannung der Bauchmusculatur vorhanden, während in dem vierten, ebenso wie in dem dritten heftige Schmerzen in circumscripten Partieen des Abdomens angegeben wurden. Bei anderen Verletzungen des Thorax, z. B. bei Stichverletzungen, hat Autor ähnliche Erscheinungen nicht beobachtet. Wie erklärt sich nun die Bauchdeckenspannung, der abdominale Schmerz, wie er in mehreren dieser Fälle so deutlich war? Die Erklärung ist eine ausserordentlich einfache. Es werden die Bauchmuskeln von der untern Hälfte der Intercostalnerven versorgt; dadurch ist es möglich, dass im Bereich des Thorax Verletzungen von Intercostalnerven eintreten, deren nervöses Ausbreitungsgebiet die Bauchwand ist. In des Autors Fällen lagen die Verletzungen der Rückwand des Thorax und die eine der Seitenwand alle im Bereiche der unteren Hälfte der Rippen, also auch der unteren Hälfte der Intercostalnerven mit dem Versorgungsgebiet in der Bauchwand. Nehmen wir nun an, dass das steckengebliebene Projectil den sensiblen Theil eines unteren Intercostalnerven reizt, so ergiebt sich einerseits der Schmerz in dem correspondirenden Theil der Bauchwand, andererseits die reflectorische Contraction des Muskels, der von dem zugehörigen motorischen Theil des Intercostalnerven versorgt wird. Ob nun der sensible Nervenantheil durch das Projectil gedrückt oder zerschossen wurde, ist gleichgültig, jedenfalls genügt dieser Reiz, um einerseits die ins Abdomen verlegten Schmerzen, andererseits die Contractur

der Bauchmuskeln zu erklären. Dass Projectile solche Reize ausüben können, das wissen wir zur Genüge, z. B. von den Intercostalneuralgien nach Schussverletzungen. Wenn diese Erklärung auch ein gewisses Interesse an und für sich hat, so möchte Autor die praktische Bedeutung für die Indicationsstellung höher bewerthen. Man muss sich klar machen, dass bei Schüssen, die die hintere und seitliche Thoraxwand erreichen, eine Bauchdeckenspannung sehr leicht vorhanden sein kann, ohne dass das Abdomen im Geringsten verletzt ist. Es folgt also aus der Bauchdeckenspannung keineswegs eine Verletzung des Abdomens und darum auch keine Indication zur Laparotomie. (Berliner klin. Wochenschrift 1907 Nr. 18.)

Tumoren. **Ein Fall von primärem Lungenkrebs** wird von Dr. G. Morelli (I. Medicin. Klinik Budapest) beschrieben wegen der Schwierigkeit bei der Feststellung der Diagnose und einiger seltener Begleitumstände. Der klinische Verlauf des eine 28jährige Pat. betreffenden Falles entsprach einer subacuten Pleuropneumonie. Diese Annahme wurde vollständig bestätigt durch den Sectionsbefund. Neben der catarrhalischen Pneumonie war eine Pleuritis vorhanden, welche einen ausgesprochen entzündlichen Charakter zeigte. In den Verwachsungen der Pleura konnte selbst mikroskopisch kein Carcinom festgestellt werden. Der Umstand, dass hier weder die genaueste Beobachtung, noch diagnostische Hülfsmittel (Percussion, Auscultation, Sputumuntersuchung, Röntgen) die Feststellung der Diagnose ermöglichten, ja, dass selbst die Autopsie, erst durch eine mikroskopische Untersuchung ergänzt, die richtige Beurtheilung des Falles gab, erlaubt uns die Folgerung, dass sich der Lungenkrebs auch dort vor unseren Augen abspielen kann, wo wir es nicht einmal vermuthen. Als einzige Anzeichen sprachen für die Annahme eines Carcinoms sanguinolentes Sputum und rasch abnehmender Kräftezustand. Dagegen sprachen aber das jugendliche Alter, der acute Verlauf, das Fehlen von Metastasen, das einer atypisch verlaufenden Pneumonie oder Septicaemie entsprechende Fieber, die Anwesenheit von Pneumococcen im Sputum. Wenn trotz alledem Carcinom der Lunge vorhanden war, so sehen wir, wie vorsichtig wir bei der Diagnose sein müssen, wenn wir die geringsten Anhaltspunkte für einen Lungentumor finden. Nach dem Befunde erschien es höchst wahrscheinlich, dass der primäre Sitz des Krebses das Epithel der Bronchial-

drüsen war; die durch die Pneumonie bedingten Bindegewebsstränge lieferten dem Carcinom eine entsprechende Verbreitungsbahn. (Deutsche med. Wochenschrift 1907 No. 20.)

— **Unerwartete Heilerfolge bei inoperablen Uteruscarcinomen** erlebte Dr. F. Weindler (Dresden). Auf der internationalen Conferenz für Krebsforschung zu Heidelberg berichtete schon Czerny über eine Reihe überraschender Heilungen bei malignen T. So war z. B. eine 47jährige Pat., bei der ein inoperables Carcinom des Uterus gründlichst ausgekratzt, thermokauterisirt und schliesslich mit 30%iger Chlorzinkgaze ausgestopft wurde, noch nach über 5 Jahren gesund geblieben. Weindler hat ebenfalls drei unerwartete Erfolge bei Uteruscarcinomen gesehen, die man von Anfang an als verloren angesehen und die im weiteren Verlaufe doch noch in Heilung übergingen. Wie soll man sich diese merkwürdige Erscheinung der Rückbildung erklären? Man darf wohl annehmen, dass sich hier die verschiedenartigsten Schutz- und Abwehrvorrichtungen bilden, die ein Vorwärtsdringen der Geschwulstkeime verhindern resp. diese derart verändern und unschädlich machen können, dass eine Weiterentwickelung des Carcinoms hintangehalten wird. Hat doch z. B. Goldmann gezeigt, wie in dem Umkreis wachsender Carcinome eine Vermehrung der Blutgefässe in „ungeheurer Unregelmässigkeit“ vor sich geht. Bedeutungsvoll waren ferner die Mittheilungen Fromme's über das Verhalten der Mastzellen in den Lymphdrüsen bei Carcinoma cervicis; nicht nur, dass diese Mastzellen bei dem Aufbau von Bindegewebslagen, die wie ein Schutzwall die Krebsmetastasen in Lymphdrüsen gegen die Umgebung abschliessen, eine grosse Rolle spielen, sondern sie dürften höchstwahrscheinlich als directe Zerstörer der Carcinomtoxine anzusehen sein. Von grosser Bedeutung ist auch der Boden, auf dem solche Heilbestrebungen sich abspielen; je reicher derselbe mit Lymphspalten und -lücken, den natürlichen Laufgräben für die vordringenden Geschwulstkeime, durchzogen ist, um so ungünstiger für den Körper. Es ist wohl als günstiges Moment aufzufassen, dass des Autors Pat. abgemagerte, elende Individuen waren, die erfahrungsgemäss im Gegensatz zu den corpulenten, vollsaftigen Kranken weit seltener recidiviren. Zweifellos ist der palliativen Behandlungsweise der Auslöffelung und besonders der Ausbrennung ein lebensverlängernder Einfluss auf inoperable Kranke zuzuschreiben. Nicht nur, dass

wir zunächst dem Körper eine gewisse Menge krebsiger Massen direct entziehen, sondern es vermag vor Allem die Glühhitze mit ihrer energischen Tiefenwirkung auf weitere Entfernung die Geschwulstkeime unschädlich zu machen; mit den zurückgebliebenen versucht nun der Organismus selbst fertig zu werden, und er wird es um so eher, je günstiger die histologische Structur der Geschwulst ist. Ganz ungünstig für eine Rückbildung sind die weichen, infiltrirten Formen des Carcinoms. Es ist gewiss nicht unvortheilhaft, die Ausbrennung nach einer geraumen Zeit auch einmal zu wiederholen.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1907 No. 22.)

Typhus. Weitere Antworten auf die Umfrage über die Bäderbehandlung und die medicamentöse Behandlung des T. (s. d. vorigen Nummern):

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. A. von Strümpell (Direktor der Medicinischen Universitäts-Klinik in Breslau). Da wir noch keine specifische Behandlungsmethode des abdominalen Typhus kennen, muss es unser Bestreben sein, für den Kranken die möglichst günstigen Bedingungen zum Eintritt der natürlichen Spontanheilung zu schaffen. Dies wird vor Allem erreicht durch die sorgsamste hygienisch-diätetische Pflege des Kranken, über deren Grundsätze jetzt wohl fast allgemeine Uebereinstimmung herrscht. Ich möchte in Bezug hierauf nur bemerken, dass auch ich die Vorsicht in der Darreichung der Nahrung nicht zu weit getrieben sehen möchte. Ich glaube, dass breiige Speisen, eingeweichter Zwieback und Cakes auch fiebernden Typhuskranken in der Regel nicht schädlich sind. Neben der allgemeinen Pflege des Kranken halte ich eine maassvolle, zielbewusste Bäderbehandlung für die zweckmässigste Behandlungsweise des Typhus. Die Bäderbehandlung hat zwar keinen Einfluss auf den Ablauf der ursprünglichen Typhusinfection, aber sie ist ein wichtiges Mittel, um den Kranken vor dem Eintritt mancher Complicationen wenigstens bis zu einem gewissen Grade zu schützen, und diese allgemeine hygienisch-prophylaktische Bedeutung der Bäderbehandlung ist die Ursache, dass einmal die Gesammtmortalität des Typhus nach Einführung dieser therapeutischen Methode eine entschiedene Verminderung erfahren hat und dass auch die Zahl der langwierigen, schweren und complicirten Fälle eine geringere geworden ist. Der Einfluss der Bäder erstreckt sich hauptsächlich auf die folgenden vier Punkte: 1. auf die Körpertemperatur und das Fieber.

Da ich zu den Aerzten gehöre, die in der Erhöhung der Eigenwärme eine nothwendige und wesentliche Reaction des Organismus auf die erfolgte Infection erblicken, so kann ich natürlich auch nicht die Herabsetzung des Fiebers für den wesentlichsten zu erzielenden Effect des kalten Bades halten. Aber wie wir z. B. mit Recht das Uebermaass des ebenfalls nothwendigen Hustens bei einer Bronchialerkrankung zu dämpfen suchen, so ist auch die zeitweilige Unterdrückung und Unterbrechung einer anhaltend abnorm hohen Körperwärme mit allen ihren Folgeerscheinungen eine wohl berechtigte ärztliche Maassnahme. Deshalb sind andauernd hohe Fiebertemperaturen (etwa über 40°) eine der Indicationen für die Anwendung der Bäder von ca. 25° bis herab zu 20° C. Der erzielte thermische Effect (bestimmt durch die Differenz der Eigenwärme vor dem Bade und ½ Stunde nach demselben) giebt uns auch einen theoretisch interessanten und praktisch wichtigen Aufschluss über die sogenannte Resistenz des Fiebers. Denn die gleichen physikalischen Bedingungen bewirken keineswegs stets denselben physiologischen Effect. In dem einen Fall sinkt die Temperatur von 40° auf 37°, in einem anderen Fall oder bei demselben Kranken zu einer anderen Zeit nach einem Bade von derselben Temperatur und derselben Dauer von 40° nur auf 39,5° oder noch weniger. Stärkere thermische Effecte bedeuten stets geringere Resistenz des Fiebers und sind daher ein prognostisch günstiges Zeichen, das oft das erste Symptom der beginnenden Abheilung ist. 2. Von der grössten praktischen Bedeutung ist die Einwirkung der Bäder auf das Nervensystem, vor Allem das Sensorium. Die toxisch-infectiöse Benommenheit der Typhuskranken, die typhösen Delirien und dergl. werden durch kein Mittel günstiger beeinflusst, als durch die Bäder. Am zweckmässigsten wirken hier lauwarme Bäder mit kurzen kalten Uebergiessungen. Die Beeinflussung des Sensoriums bewirkt eine Reihe weiterer günstiger Folgezustände: die Nahrungsaufnahme wird eine bessere, die Kranken schlucken leichter, die Reinigung der Mundhöhle wird eine vollständigere u. dergl. Durch alles dies wird der Allgemeinzustand besser, und den Aspirationen von Entzündungserregern in die tieferen Luftwege wird vorgebeugt. 3. Von vielleicht noch grösserer Wichtigkeit ist der Einfluss der Bäder auf die Atmung und die Respirationsorgane. Wer viele Sectionen von Typhuskranken gesehen hat, weiss, wie häufig der Tod hauptsächlich durch ausgedehnte katarrhalische Pneumonien

(Aspirationspneumonien, Verschluckungspneumonien, fälschlich oft hypostatische Pneumonien genannt) herbeigeführt wird. Diese Pneumonien sind meist secundäre Complicationen, aspiratorische Kokkenpneumonien, für deren Auftreten die schwere typhöse Grundkrankheit nur die günstigen Bedingungen schafft (Ansammlung der Entzündungserreger in den Luftwegen und verminderte vitale Widerstandskraft des Gewebes). Durch die Bäderbehandlung wird dem Auftreten der secundären Bronchitiden und Pneumonien vorgebeugt, die Ausdehnung der einmal entstandenen Erkrankung eingeschränkt, ihre Heilung befördert. Dies wird vor Allem bewirkt durch die Anregung tiefer Inspirationen und besserer Expectoration. Secretanhäufung und Atelektasenbildung werden verhindert oder wenigstens eingeschränkt. Besonders günstig wirken auch hier kurze kalte Uebergiessungen auf Brust und Nacken, wodurch tiefe Inspirationen ausgelöst werden. Die auch für die Athmungsorgane indirect wichtige Beeinflussung des Sensoriums ist bereits oben hervorgehoben worden. 4. Endlich ist der wohlthätige Einfluss der Bäder auf die Haut hervorzuheben. In früheren Zeiten war ansgedehnter Decubitus bei schweren Typhuskranken keine Seltenheit. Heute darf er nicht mehr vorkommen. Die ausgiebige Reinigung der Haut, namentlich von den Resten der diarrhoeischen Stuhlentleerungen, und die Anregung der Hautcirculation sind wohl die wichtigsten Umstände. Freilich ist zu bedenken, dass eine zu starke Maceration der Haut Anlass zu Furunkelbildung geben kann. Somit darf die Bäderbehandlung des Typhus und der ähnlichen Infectionskrankheiten keineswegs als „antipyretische“ Behandlungsmethode aufgefasst werden, wie dies früher vielfach geschehen ist. Gerade in den Wirkungen des kalten Bades auf Nervensystem, Respiration und Haut — neben dem antithermischen Effect — ist die Ueberlegenheit der Badebehandlung über die Behandlung mit chemischer Antipyreticis begründet. Die chemischen Antipyretica haben auf das Nervensystem eine erheblich geringere, auf die Respiration gar keine Einwirkung. Vor die Alternative gestellt, einen Typhuskranken nur mit Bädern oder nur mit Antipyreticis behandeln zu dürfen, würde ich unbedingt das erstere wählen, während Liebermeister seiner Zeit sich bekanntlich für das zweite entschied. Ich betrachte die Bäderbehandlung vor Allem als prophylaktische Methode. Sie beeinflusst nicht die Grundkrankheit, aber sie schützt den Kranken vor manchen gefährlichen Complicationen.

Sie muss deshalb durchaus individuell angewandt werden, und nichts ist falscher, als die alte Schablone, wonach die Typhuskranken stets bei einer gewissen Fieberhöhe gebadet werden mussten. Je nach den besonderen Indicationen des einzelnen Falles (Verhalten der Eigenwärme, des Sensoriums, der Respiration etc.) richtet sich die Anwendung der Bäder, ihre Häufigkeit, ihre Dauer, ihre Temperatur, ihre Art. Vor Uebertreibungen ist dringend zu warnen. Die Bäder sollen den Kranken nicht anstrengen, sondern ihn kräftigen. Mehr wie dreimal in 24 Stunden braucht nur ausnahmsweise gebadet zu werden, meist genügen 1—2 Bäder täglich. Nachts wird fast nie gebadet. Sorgfältige Unterstützung und Ueberwachung des Kranken im Bade, Verstopfen der Ohren mit Watte, leichtes Frottiren der Haut, sorgsames Hinein- und Herausheben des Kranken ist nothwendig. Die Contra-Indicationen gegen die Bäder sind allgemein bekannt. Aus dem Gesagten ergiebt sich meine Stellung zu der Anwendung der sogenannten Antifebrilia von selbst. Ich wende sie selten an, wo wirklich die Bekämpfung der Hyperthermie wünschenswerth wird. Von den mehrfach gerühmten Vorzügen des Chinins, das ich selbst früher vielfach angewandt habe, bin ich nicht überzeugt. Die Nebenwirkungen treten oft zu störend hervor. Ich bevorzuge daher das Antipyrin. Vom Calomel erwarte ich keine specifische Wirkung, halte aber die Darreichung von 1—2 Calomelpulvern zu 0,3 im Beginne der Erkrankung, falls Verstopfung besteht, für eine meist zweckmässige Verordnung. Ueber die oft nothwendige Anwendung von Herzmitteln (Digitalis, Digalen, Strophantin, Campher) habe ich nichts Besonderes zu sagen, ebenso wenig über die Behandlung der Complicationen.

Prof. Dr. E. Romberg (Director der Medicinischen Universitätsklinik Tübingen): Entsprechend der von meinem Lehrer Curschmann vertretenen Anschauung wende ich hydrotherapeutische Maassnahmen bei dem Unterleibstyphus an, wenn Störungen der Athmungsorgane oder des Sensoriums eine Anregung der Respiration und des Nervensystems wünschenswerth machen, wenn also die Athmung oberflächlich wird oder die Lungen fortschreitende oder stärker ausgebreitete Veränderungen zeigen, wenn die Kranken stärker benommen werden oder anhaltend auch nur leicht somnolent sind, wenn Delirien sich einstellen. Die Höhe der Temperatur geht oft, aber keineswegs regelmässig den Störungen der Athmung und des Nervensystems parallel. Sie kann uns bei der Anordnung hydrothera-

peutischer Proceduren nicht leiten. Je nach Kräftezustand, Alter, Beschaffenheit des Kreislaufes werden Bäder, Packungen oder Abwaschungen von differenter Temperatur verwendet. Bei den Bädern werden Temperaturen zwischen 32—30, allenfalls 28° C. bevorzugt, die sehr zweckmässig durch Abkühlung des zunächst wärmeren Bades in 5 bis 15 Minuten hergestellt werden. Gashaltige Bäder nach Matthes wirken energischer. Bei stärkeren Störungen sind ganz kurze kühle Abgiessungen der besonders kälteempfindlichen Teile (des Nackens, der Achselhöhlen, des Jugulum und Epigastrium) am Schluss des Bades auszuführen. Bei Leuten jenseits des 40. bis 50. Jahres, bei schwächlichen, fettleibigen, blutarmen Kranken und bei Patienten mit schlechtem Pulse sind halbstündige Ganz- oder Theilpackungen oder Waschungen mit kühlerem und unter Umständen sehr zweckmässig, auch mit höher als 36° C. temperirtem Wasser am Platze. Namentlich bei gefährdetem Kreislaufe sind die höheren Temperaturen oft vorzuziehen. Meist genügen am Tage 1—2 Bäder, 2—4 Packungen oder Waschungen zur Erzielung des erwünschten Effectes. Abgesehen von symptomatischen Verordnungen (Digalen, Digitalis, Coffein, Campher bei Kreislaufschwäche, Opium resp. Gelatine bei Darmblutungen etc.) pflege ich von jeder medicamentösen Behandlung des Unterleibstyphus abzusehen. Speciell verzichte ich gänzlich auf eine medicamentöse antipyretische Behandlung, deren ungünstige Einwirkung auf den Gesammtorganismus öfters in keinem Verhältniss zu ihrem symptomatischen Effect, der Temperaturerniedrigung, steht. Nur zur Verminderung lästiger subjectiver Beschwerden, z. B. der Kopfschmerzen, die auf andere Weise nicht zu beeinflussen sind, kommen vereinzelt kleine, ein- oder zweimal am Tage gegebene Dosen von Phenazetin, Antifebrin, Pyramidon (durchweg zu 0,25 pro dosi) in Betracht. Auch auf das Calomel im Beginn des Typhus glaube ich verzichten zu können, so nothwendig die Sorge für regelmässige Stuhlentleerung bei der ja nicht seltenen Obstipation der Typhuskranken ist. Obgleich keine diesbezügliche Frage gestellt wird, möchte ich doch auf das Nachdrücklichste die ausschlaggebende Bedeutung einer ausreichenden Ernährung für den Verlauf vieler Typhuskrankheiten betonen. Nichts ist gefährlicher, als eine schematische Wassersuppendiaet während eines einigermaassen schweren oder länger dauernden Typhus. Es muss alles daran gesetzt werden, dem Patienten eine ausreichende Calorienmenge zuzuführen. In meinem

jetzigen Wirkungskreis und ebenso in meinem früheren gelingt das bei den meisten Kranken am leichtesten mit flüssiger Kost. Ihre Zusammensetzung im einzelnen kann weitgehend variirt werden. (Medicin. Klinik 1907 No. 11.)

(Fortsetzung folgt.)

Ulcus ventriculi. **Ueber die Behandlung des Magengeschwürs nach Senator** berichtet Stabsarzt Dr. Schnütgen auf Grund von 50 in der Senator'schen Poliklinik so behandelter Fälle. Es bestand die Therapie einzig und allein darin, dass neben absoluter Bettruhe und flüssiger Diaet — (Milch, Mandelmilch, Sahne, dünne Schleimsuppen, gefrorene Butterkügelchen, gerührte frische Eier, Schlucken von Eisstückchen — welch letztere sogleich mit Eintritt in die Behandlung begonnen und natürlich in kleinen Dosen und dabei in kurzen Intervallen gereicht wurden), die Application einer Eisblase auf die Magengegend und die innerliche Darreichung von Gelatina alba 50,0:450,0 und Elaeosaccharum Citri ad 500,0 verordnet wurde, wozu später auch Adrenalin und weiterhin statt dessen Suprarenin (1‰) 5,0 hinzukamen. Hiervon wird alle drei Stunden, in schweren Fällen öfter, ein Esslöffel voll eingenommen. Die Gelatine ist stets vorher in warmem Wasser zu lösen. Die Behandlung war in 47 Fällen (= 94%) von Erfolg begleitet, der in durchschnittlich 21 Tagen erreicht wurde. Mortalität 4%; entsprach also denjenigen bei anderen Behandlungsmethoden. Dagegen erschien die Dauer der Behandlung ganz erheblich abgekürzt. In der Mehrzahl der Fälle war eine Gewichtszunahme oder wenigstens keine Gewichtsabnahme zu constatiren.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1907.)

— Mai: **Demonstration von einem Magen, der mit Escalin behandelt wurde.** Im Maiheft der Therapie der Gegenwart hat G. Klemperer über Escalin, ein neues Mittel zur Stillung von Magenblutungen und zur Verschorfung von Magengeschwüren, berichtet; in einer Anmerkung zu einem anderen Artikel hat Dr. Schnütgen die theoretischen Vorzüge des Escalin erwähnt. Wir haben im Krankenhaus Moabit zehn Fälle von Blutungen aus Magengeschwüren mit Escalin behandelt, jedes Mal mit vollem Erfolge. Es ist in keinem Falle ein Recidiv aufgetreten, und immer war bereits der erste Stuhlgang, in dem das Escalin ausgeschieden wurde, frei von Blut. In einem einzigen Falle, der beim vierten Recidiv ad exitum kam,

wo trotz jugendlichen Alters und einer für Ulcus ventriculi sprechenden Anamnese (traumatischer Ursprung!) hauptsächlich wegen der völligen Wirkungslosigkeit des Escalin die Vermuthungsdiagnose auf Carcinom gestellt war, welche bei der Autopsie bestätigt wurde. Die Blutung kam aus einem arrodirten, klaffenden Gefässe, wie es bei dem runden Magengeschwür nur ausserordentlich selten beobachtet wird. (Demonstration.) Mit entsprechender Vorsicht kann die Wirkungsweise des Escalin vielleicht differential-diagnostisch verwerthet werden. Das Escalin ist feingepulvertes, mit Glycerin verriebenes Aluminium, das in Fällen von Magenblutungen in einer Dosis von 10—12½ g in einem halben Glas Wasser aufgeschwemmt zu geben ist. (Demonstration eines Escalin-Röhrchens in Originalverpackung) Die Wirkungsweise des Escalin erklärt sich dadurch, dass sich dasselbe in einer dicken Schicht auf die Magenwände niederschlägt und das blutende Geschwür dadurch bedeckt und verschorft und so weitere Blutungen verhindert. Demonstration eines dick mit Escalin bedeckten Kaninchenmagens (das Kaninchen hatte eine Stunde vor der Tödtung 5 g Escalin bekommen) und mehrere Hundemagen (den Hunden war chirurgisch ein Magengeschwür gesetzt worden). Den Hauptwerth des Escalin sehe ich in der Möglichkeit, die so unangenehme Inanition bei Blutungen aus Magengeschwüren zu vermeiden. Schon am ersten Tage der Blutung ist es dadurch möglich, den Patienten 2 Eier, etwas kalte Milch zu geben, an dem nächsten Tage noch mehr, ohne Angst vor einem Recidiv haben zu müssen. Wenigstens haben wir bisher bei dieser Diaet noch keins gesehen. — Ewald: Ich habe eine doppelte Veranlassung, zu dieser Mittheilung das Wort zu nehmen. Erstens hat Herr Kollege Klemperer, als er seine Veröffentlichung in der „Therapie der Gegenwart“ machte, als einen der Gründe dafür, dass er das Escalin für die Therapie der Magenblutungen einführte, angegeben, dass er einen schweren Vergiftungsfall nach Darreichung von Wismut erlebt habe, und dass es ihm deshalb erwünscht erschienen sei, ein Mittel an der Hand zu haben, dem diese möglichen Vergiftungsfolgen des Wismut nicht anhafteten. Diesen Vorwurf möchte ich auf dem Wismut nicht gerne sitzen lassen. Ich habe in meinem Leben unzählige Male das Wismut in grossen und kleinen Dosen gegeben. Ich habe kein einziges Mal irgend welche nachtheiligen Folgen davon gesehen, und ich möchte vermuthen, dass die üble Erfahrung von

Klemperer auf irgend einen Zufall zurückzuführen ist. In früheren Zeiten war das Wismutnitrat ja nicht selten mit Arsen verunreinigt, aber jetzt stellen die Fabriken schon seit Jahren ein vollkommen arsenfreies Präparat her. Zweitens muss ich zu meinem Bedauern sagen, dass das Escalin nicht in allen Fällen einen so prompten Erfolg hat, wie er uns eben geschildert worden ist. Ich habe gerade z. Z. einen Kranken mit schweren Magenblutungen in Behandlung, die sich auf Grund eines Ulcus ad pylorum oder Duodeni im Laufe der Jahre wiederholt eingestellt haben. Der Patient kam zu mir bis aufs Aeusserste entblutet, hatte immer blutigen Stuhlgang, niemals Blut im Magen, und er bekam nun, nachdem alle anderen Mittel erschöpft waren, auch das Escalin, und zwar nicht nur an einem Tage, sondern drei Tage hintereinander in den vorgeschriebenen Dosen — aber ohne jeden Erfolg. Die Blutungen gingen weiter, obgleich das Escalin im Stuhl nachzuweisen war. Erst als ich den Patienten schliesslich zur Operation bewegen konnte und mein College Krause die Gastroenteroanastomose, und zwar die retrocolica ausführte, schwand mit einem Mal die Blutung und das Befinden besserte sich in so überraschend schneller Weise, dass der Patient jetzt als geheilt zu betrachten ist. Es zeigt also dieser Fall, dass auch das Escalin jedenfalls nicht ein Mittel ist, welches ausnahmslos und unter allen Umständen zu Erfolgen führt.

(Berliner med. Gesellschaft 26. Juni 1907 — Berliner klin. Wochenschrift 1907 No. 27.)

Urticaria. **Pittylen-Seife gegen U.** empfiehlt Kr.-A. Dr. H. Berger (Remscheid). Wir haben über dies von der Firma Lingner (Dresden) dargestellte Präparat schon früher berichtet.*) Als Receptformeln wurden empfohlen (Joseph, Gallewsky):

Streupulver:

Rp.	Pittylen.	10—20,0
	Talc. venet. . . .	30,0
	Zinc. oxyd. . . .	10,0
	Lycopod.	ad 100,0

D. S. Streupulver.

*) s. „Excerpta med.“ XV., S. 203.

Schüttelmixtur:

Rp. Pittylen. . . . 5,0—10,0
Zinc. oxyd.
Amyli . . . . . āā 20,0
Glycerini . . . 30,0
Aqu. dest. . . . ad 100,0
D. S. Aeusserlich.

Vor dem Gebrauche gut umzuschütteln.

Pasten:

I. Rp. Pittylen. . . . 2—10,0
Zinc. oxyd. . . 30,0
Amyl. Trit. . . 30,0
Paraff. sol. . . 5,0
Vasel. flav. . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Paste.

II. Rp. Pittylen. . . . 2,0—10,0
Zinc. oxyd.
Amyli . . . . āā 25,0
Fetron. . . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Paste.

Salben:

I. Rp. Pittylen. . . . 5,0
Paraff. sol. . . 5,0
Vasel. flav. . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Salbe.

II. Rp. Pittylen. . . . 5—10,0
Aceton. . . . 5—10,0
Lanol. anhydr. . 30,0
Paraff. sol. . . 2,5
Sapon. kalin. . . 30,0
Vaselin. . . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Salbe.

Tincturen:

I. Rp. Pittylen. . . . 5—10,0
Ol. Ricini . . 3,0
Spirit. Vini . . ad 100,0
D. S. Zum Bepinseln.

II. Rp. Pittylen. . . . 5—10,0
Ol. Ricini . . 3,0
Aceton. . . . ad 100,0
D. S. Zum Bepinseln.

Pittylen-Collodium:

Rp. Pittylen. . . . . 5—10,0
Collod. elast. . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Collodium.

Besonders bewährt haben sich die Pittylen-Paraplaste (Pittyplaste), die nach Unna 10—60%ig hergestellt werden, und die festen und flüssigen Pittylen-Seifen, die mit 2 bis 10% Pittylengehalt im Handel sind als Pittylen-Natron-Seife (Pittylenseife), feste Pittylen-Kaliseife (Pittica-Seife), und flüssige Pittylen-Kaliseife. Die bequemste Anwendung ist die in Form von Seifen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die feste Pittylen-Kaliseife. Während es bisher nur halbfeste Kaliseifen gab, ist es Lingner gelungen, eine feste Kaliseife herzustellen, die nun weiter als Grundlage für die Pittylen-Kaliseife verwendet wird, so wird die intensive dermatologische Wirkung der Kaliseife auch für die altbewährte und unentbehrliche Theer-Therapie verwerthbar gemacht. Joseph hat das Pittylen bei hunderten von Kranken mit den verschiedensten Dermatosen angewendet, bei Ekzemen, Keratomen, Lichen chronicus simplex, Lichen ruber verrucosus, Ekzema seborrhoicum corporis, Pityriasis rosea, Pityriasis versicolor, chronisch urticariellen Processen, Strophulus infantum, Herpes tonsurans vesiculosus. Ganz besonders empfiehlt Joseph die Pittylenseifen bei Acne vulgaris, er kennt, wie er sagt, für diese nichts Besseres. Berger hat bei acuter Urticaria noch nie einen derartigen Erfolg gesehen wie mit der Pittylen-Kali-Seife. Atropin und Thymolspiritus-Waschungen etc. hatten ihm auch früher gute Dienste gethan, aber die Pittylen-Kali-Seife stellte alles andere in den Schatten. Das Jucken hört auf, der Pat. fühlt ganz erhebliche Linderung und hat das Gefühl des Wohlbefindens; nach der Waschung — eine ziemlich sensible Dame erklärte das Pittylen für geradezu angenehm, wohlduftend — treten die Quaddeln in sichtbar geringerer Ausdehnung und kleiner auf, sie machen viel geringere Beschwerden, und in kurzer Zeit ist die lästige Krankheit gehoben. Autor empfiehlt die Pittylen-Seifen dringend für die Behandlung der Urticaria, für die wir ja bisher kein zuverlässiges Heilmittel haben.

(Therap. Monatshefte Juni 1907.)

Vermischtes.

— **Benzin zur sofortigen Beseitigung der plötzlichen, flüchtigen Nasenröthe,** wie sie bei manchen Menschen bei schroffem Temperaturwechsel, bei Genuss heisser Speisen und Getränke etc. entsteht, empfiehlt Dr. Fr. Bruck (Berlin). Auch prophylactisch leistet das Mittel sehr gute Dienste, und wer zu jenem Erythem neigt, sollte stets eine kleine, mehrfach zusammengelegte Compresse von hydrophilem Mull oder Lint und ein Fläschchen mit Benzin bei sich führen. Die zur Erzielung des Effectes nothwendige Benzinmenge lernt man bald finden, und tritt der Effect zunächst nicht ein, so hat man zu wenig Benzin genommen und muss die Menge vergrössern. Den mit Benzin befeuchteten Stoff führt man ganz rasch zur Nase und drückt ihn, ohne zu reiben, einige Sekunden an, indem man streng darauf achtet, dass auch wirklich die ganze vom Erythem ergriffene resp. dazu neigende Fläche bedeckt, dass aber nichts in Augen, Mund und Nase getrieben wird. Da Benzin sehr rasch verdunstet, ist es ein sehr sauberes Mittel.

(Medicin. Klinik 1907 No. 5).

— **Goldkorn** empfiehlt als Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder wie für Erwachsene Dr. Wallbach. Es handelt sich hier um ein reines, angenehm schmeckendes, nicht theueres Pflanzenpräparat von guter Resorbirbarkeit und verhältnissmässig hohem Eiweissgehalt und reichlichem Gehalt an wasserlöslichem Kohlehydrat. Es leistete recht gute Dienste bei Nervösen und Reconvalescenten, bei Erkrankungen der Verdauungsorgane und zur Verbesserung des Ernährungszustandes bei sonst gesunden, aber mageren und schwächlichen Personen. Die beigebrachten Krankengeschichten zeigen, dass das Präparat nicht nur von grösseren Kindern, sondern auch von Säuglingen gut vertragen wird.

(Allgem. med. Central-Zeitung 1907, No. 4.)

— Ueber **Heilung narbiger Pylorustenosen durch subcutane Thiosinamininjectionen** berichtet Dr. E. Sachs (Städt. Krankenhaus Moabit in Berlin). Auf der Abtheilung werden zur Unterstützung der mechanischen Behandlung von Narbenstenosen stets subcutane Injectionen von 10%iger Thiosinaminlösung angewandt, und es wurden bei Pleuraschwarten, chron. Perigastritis, Urethralstricturen schöne Erfolge erzielt. Jetzt wurde bei einer motorischen In-

sufficienz des Magens durch narbige Verschliessung des Pylorus aus altem Magengeschwür Heilung herbeigeführt. Erst wurden einige Injectionen mit 1 ccm Fibrolysin gemacht, später je 1 ccm 10%iger Thiosinaminlösung eingespritzt. Autor führt auch einen Fall an, wo Prof. Klemperer eine Frau mit narbiger Pylorusstrictur durch 20 Injectionen von je 1 ccm einer 10%igen glycerinwässerigen Lösung von Thiosinamin, in 48 stündigen Zwischenräumen subcutan applicirt, heilte. Autor räth daher, in solchen Fällen vor Anrufung chirurgischer Hilfe stets eine Thiosinamincur einzuleiten.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1907.)

— **Fachausdrücke aus der neueren Immunitätslehre,** von Oberstabsarzt Dr. Dieudonné. (Fortsetzung.)

Latenzzeit. Die Zeit, in der das Toxin an die Zelle gelangt (Incubationszeit).

Leukozidin (van de Velde). Stoffwechselproduct der Staphylokokken, welches schädigend auf die Leukozyten einwirkt. Durch Injection von Leukozidin bei Tieren erhält man ein Antileukozidin, welches die schädliche Wirkung des L. aufhebt.

Leukotoxin s. Cytotoxine.

Lysine s. Bakteriolysine, Haemolysine.

Metschnikoff'scher Versuch s. Phagolyse.

Multipartiale Impfstoffe (Wassermann). Gemisch möglichst verschiedener Stämme einer Bakterienart, da verschiedene Stämme derselben Art in ihrem Bau und Rezeptorenapparat nicht vollkommen untereinander identisch sind.

Multipartiales Serum (Wassermann). Gewonnen durch Injection von multip. Impfstoff, z. B. Schweineseucheserum.

Negative Phase. Die bei der activen Immunisirung, z. B. der Typhusimpfung mit abgetödteten Culturen in den ersten Tagen nach der Einspritzung des Impfstoffes bis zum Eintritt der Immunität bestehende erhöhte Empfänglichkeit gegen Infection.

Neutuberkulin (R. Koch): „Bacillenemulsion", Aufschwemmung pulverisirter Tuberkelbacillen in Wasser mit Zusatz von Glycerin.

Normalgift (v. Behring). Toxinlösung, die in 1 ccm 100 tödtliche Dosen enthält. Diptherienormalgift = DTN[1].

Normalserum (v. Behring). Heilserum, von welchem 1 ccm im Stande ist, 1 ccm des Normalgiftes (100 tödtliche Dosen) unschädlich zu machen.

Opsonine (Wrigth). Stoffe im normalen Serum, welche Bakterien geeignet, „schmackhaft“ machen zur Aufnahme durch die Leukocyten (Phagocytose). Im Gegensatz zu den bakteriotropen Substanzen (s. d.) werden die O. durch Erwärmen auf 65° zerstört.

Opsonischer Index (Wright). Verhältnisszahl der opsonischen Wirkung des Serums eines Kranken zu der eines Gesunden, festgestellt durch Zusammenbringen der Bakterienart, welche die betr. Krankheit hervorruft, mit Leukocyten, die durch Waschen mit physiol. Kochsalzlösung von Serum befreit sind und dem Serum des Kranken bezw. des Gesunden; Bestimmung der Zahl der von den Leukocyten aufgenommenen Bakterien; sind im Serum des Gesunden durchschnittlich 5, in dem des Kranken 4, so ist dessen ops. I. $4:5 = 0,8$.

Passive Immunisirung (Ehrlich). Schutzimpfung mit Serum von immunisirten Thieren (z. B. Diphtherie- oder Tetanusserum), wobei der Körper die Schutzstoffe in wirksamem Zustande einverleibt bekommt.

Pfeiffer'sche Reaction s. Bakteriolysine.

Phagocyten (Metschnikoff). Fresszellen. Zellen, insbesondere Leukocyten, welche Bakterien und andere Substanzen aufnehmen und verdauen und so den Körper von Bakterien befreien.

Phagolyse (Metschnikoff). Zerfall der Leukocyten durch Injection schädigender Stoffe (Bouillon, 0,8%ige Kochsalzlösung) in die Bauchhöhle und dadurch Abschwächung und Aufhebung der Phagocytose.

Die Ph. soll ausbleiben, wenn durch eine Tags zuvor ausgeführte Injection von Bouillon eine Leukocytengeneration im Peritoneum geschaffen wird, die gegenüber der Ph. widerstandsfähiger ist; bei den so vorbehandelten Thieren tritt nach einer zweiten Injection von Bouillon keine Ph. mehr ein.

Polyvalentes Serum, gewonnen durch Vermischung verschiedener Immunseren, die von verschiedenen Thierspecies geliefert wurden, wodurch die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass die Amboceptoren (s. d.) des Immunserums im Blut der Geimpften das passende Complement (s. d.) finden und dadurch zur Wirkung kommen.

Praecipitine (R. Kraus, Bordet und Tchistowitsch). Im Serum der mit Culturfiltraten von Bakterien

oder mit fremdartigen Eiweisssubstanzen (z. B. Blutserum, Milch) vorbehandelten Thiere auftretende specifische Stoffe, Bakterienpraecipitine, Eiweisspraecipitine, welche diese Substanzen aus einer klaren Lösung in Form eines Praecipitates niederschlagen. Praktisch verwendet zur forensischen Blut-Eiweissdifferenzirung (Uhlenhuth, Wassermann). Das dazu nothwendige Serum wird von Pferden gewonnen, denen wiederholt menschliches Blutserum eingespritzt wurde; dieses Pferdeimmunserum giebt nur einen Niederschlag mit Aufschwemmungen von Menschenblut, dagegen nicht von einer anderer Thierart (von Affen in geringem Grade).

Durch Immunisirung von Thieren mit praecipitirendem Serum entsteht ein Antipraecipitin, das die Wirkung des praecipitirenden Serums aufhebt.

Praecipitoide. Inactive Form der Praecipitine, in Folge Erwärmens auf 60° (ähnlich wie Toxoide, Agglutinoide), verbinden sich noch wie die Praecipitine mit der praecipitablen Substanz, dem Praecipitinogen, jedoch ohne dass die specifische Fällung eintritt und verhindern sogar die Fällung durch zugesetztes actives Praecipitin (Eisenberg).

Praeparator (Gruber) = Immunkörper, Amboceptor (s. d.) der thermostabile Antheil des bakterio- und haemolytischen Serums, der die Bakterien und Blutkörperchen für die Alexine zugänglich macht, präparirt.

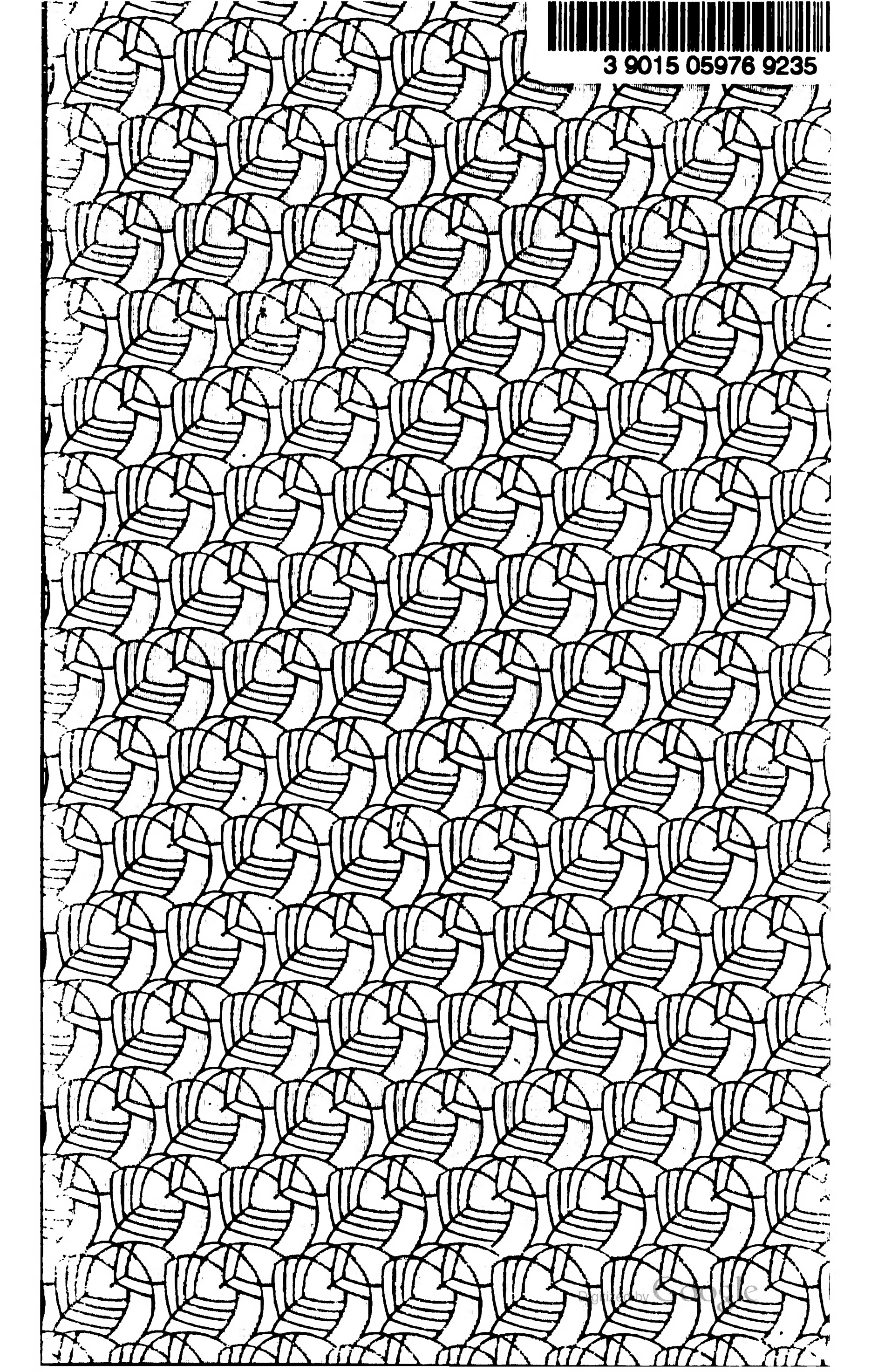
Pyocyanase (Emmerich). In alten Pyocyaneusculturen sich bildendes proteolytisches Enzym, das andere Bakterien auflöst.

(Münchner med. Wochenschrift 1907 No. 6.)

(Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in **Friedenau-Berlin.**




3 9015 05976 9235
Digitized by Google



